

ISSN 2763-9738

Revista Brasileira de Fisioterapia Pélvica

Dez 2024 n. 4 v.1



DOI: 10.62115/rbfp.2024.4(1)



Editorial: Os 13 anos da (ainda em luta) Fisioterapia Pélvica Brasileira

É com grande honra que apresento esta edição da Revista Brasileira de Fisioterapia Pélvica, um espaço dedicado à disseminação do conhecimento, à troca de experiências e ao fortalecimento da nossa comunidade profissional.

Nos últimos anos, a Fisioterapia Pélvica tem enfrentado uma jornada desafiadora, mas repleta de conquistas. Como especialidade, ainda buscamos o reconhecimento formal que tanto merecemos, e essa luta exige empenho, perseverança e união. Nosso trabalho vai além da prática clínica; somos agentes de transformação na vida dos pacientes, promovendo saúde, autonomia e qualidade de vida. E é exatamente essa importância que precisa ser compreendida e validada em todas as esferas da sociedade e da saúde.

Sabemos que o caminho é árduo. Precisamos dialogar com instituições, quebrar preconceitos e mostrar, com dados científicos e resultados práticos, o impacto positivo do nosso trabalho. Como associação, temos nos dedicado incansavelmente a essas frentes: promovendo eventos científicos, construindo diálogos com conselhos e universidades, e fortalecendo a formação especializada.

Cada consulta realizada, cada paciente que recupera sua funcionalidade e autoestima, cada artigo publicado são marcos do nosso compromisso. Vocês, fisioterapeutas pélvicos, são os protagonistas dessa história. É através da dedicação de cada um de nós que avançamos em direção ao reconhecimento da Fisioterapia Pélvica como uma especialidade essencial na saúde brasileira.



Convido todos a refletirem sobre o papel que desempenham nesse processo e a se engajarem ainda mais. Seja participando de eventos, publicando pesquisas ou divulgando nosso trabalho, **cada ação é uma semente para o futuro da nossa especialidade.**

Agradeço profundamente a todos que têm caminhado ao nosso lado e reitero meu compromisso, enquanto presidente da Associação Brasileira de Fisioterapia Pélvica, em lutar por esse reconhecimento. Juntos, faremos história.

Com determinação e esperança,

Dr. Rafael Zanchet

Presidente da Associação Brasileira de Fisioterapia Pélvica

Índice



Editorial	2
Artigos Originais	
IU em cardiopatas de um programa de reabilitação cardíaca no sul brasileiro Giustina AFD, Bet M, Cuiha NV.	5
Relação entre episiotomia e perineoplastia em primíparas Severo EF, Neves LFD, Nascimento GLS.	18
Incontinência urinária causada exclusivamente por hiperatividade do assoalho pélvico Latorre GFS, Silva PM, Silva FAP, Moreno NAS, Andrade MO, Ogawa LM, Brito KP, Cabral RV, Araujo MG, Buckell F, Nascimento AH, Roque GCB, Pellizzoni L, Romão V, Lopes J, Barcelos TJT, Ayala A.	32
Indicadores de retorno ao exercício físico após um ano do parto Magalhães AJN, Alves ACF, Nascimento GLS.	44
Fisioterapia pélvica em mulheres com disfunção urinária após lesão medular espinal Anjos MB, Lopes J.	57
Fatores que contribuem para o sedentarismo durante a gestação Silva LOA, Pereira SR, Nascimento GLS.	69
Conhecimento de acadêmicos sobre fisioterapia nas disfunções sexuais masculinas Nunes ACV, Oliveira CGS, Silva RIP, Nascimento GLS.	81
Artigos de Revisão	
Endometriose não é tecido endometrial: Teoria da Origem Cinesiológico-Funcional Ayala A, Latorre GFS.	92
Fisioterapia na redesignção sexual de mulheres transgênero Sandes MCQ, Souza DEO, Seixas CR.	101
Influência dos exercícios físicos na autoestima da gestante: revisão Varão LAS, Silva LB, Nascimento GLS.	113
Fatores que influenciam no retorno da vida sexual após o parto: revisão Sales EMR, Pereira RS, Nascimento GLS.	129
Fisioterapia pélvica para IU na Atenção Primária à Saúde: revisão Favilla IOD, Sommerfeld-Ostetto CE.	142

Incontinência urinária em Cardiopatas participantes de um programa de Reabilitação Cardíaca no sul brasileiro



Ana Flávia Della Giustina¹, Milena Bet², Natalia Veronez da Cunha³

Submissão: 21/11/2024

Aceite: 28/11/2024

Publicação: 30/12/2024

RESUMO

Panorama: Doenças cardiovasculares causam 30% dos óbitos no Brasil, agravadas por obesidade, hipertensão e sedentarismo, reduzindo funcionalidade e qualidade de vida. A incontinência urinária (IU) também agrava esses fatores, especialmente cardiopatas. **Objetivo:** Verificar a ocorrência de IU em mulheres cardiopatas participantes de um programa de reabilitação cardíaca. **Método:** Pesquisa quantitativa, descritiva, com 42 mulheres do programa de reabilitação. Aplicaram-se questionários clínicos, sociodemográficos, estilo de vida e ICIQ-SF. **Resultados:** 54,8% das mulheres apresentaram IU, com idade média de 69 anos e 60% relataram sintomas graves, afetando qualidade de vida e atividades diárias. Não houve diferenças significativas no estilo de vida, avaliação física e capacidade funcional entre pacientes com e sem IU. **Conclusão:** A pesquisa identificou alta prevalência de IU em mulheres cardiopatas, mas a reabilitação cardíaca mostrou-se eficaz na manutenção da qualidade de vida e funcionalidade.

ABSTRACT

Background: Cardiovascular diseases cause 30% of deaths in Brazil. Aggravated by obesity, hypertension and sedentary lifestyle, reducing functionality and quality of life. Urinary incontinence (UI) also aggravates these factors, especially heart disease. **Aims:** To verify the occurrence of UI in women with heart disease participating in a cardiac rehabilitation program. **Method:** Quantitative, descriptive research, with 42 women from the rehabilitation program. Clinical, sociodemographic, lifestyle and ICIQ-SF questionnaires were applied. **Results:** 54.8% of women presented UI, with an average age of 69 years and 60% reported severe symptoms, affecting quality of life and daily activities. There were no significant differences in lifestyle, physical assessment and functional capacity between patients with and without UI. **Conclusion:** The research identified a high prevalence of UI in women with heart disease, but cardiac rehabilitation proved to be effective in maintaining quality of life and functionality.

¹ Discente de Fisioterapia. Universidade do Planalto Catarinense, Lages, SC, Brasil. anaflaviadg@uniplaclages.edu.br

² Fisioterapeuta. Universidade do Planalto Catarinense, Lages, SC, Brasil. milenabetreis@gmail.com

³ Doutora docente de Fisioterapia. Univ. do Planalto Catarinense, Lages, SC, Brasil. nat_cunha@uniplaclages.edu.br

INTRODUÇÃO

As Doenças Cardiovasculares (DCV) compõem um grupo de doenças que afetam o coração e/ou vasos sanguíneos do corpo. As doenças mais predominantes são: doença arterial coronariana, cardiomiopatia, doença cerebrovascular, miocardite, fibrilação, flutter atrial e doença vascular periférica¹. Segundo dados da Sociedade Brasileira de Cardiologia, no Brasil, 72% das mortes são resultado de doenças não comunicáveis, sendo 30% devido a DCV, representando a principal causa de morte no país².

Alguns fatores de risco podem acelerar ou desencadear uma cardiopatia, como obesidade e sobrepeso, diabetes mellitus, dieta não balanceada, hipertensão arterial, tabagismo e inatividade física³. Devido a somatização dos fatores, as DCVs ocasionam diversas consequências para o indivíduo, como a redução da capacidade funcional e a diminuição da qualidade de vida⁴.

A diminuição desses dois fatores também é observada na incontinência urinária (IU), que é definida pela Sociedade Internacional de Continência como qualquer perda de urina de forma involuntária⁵. Cerca de 10 milhões de brasileiros são acometidos por essa disfunção, atingindo cerca de 35% das mulheres com mais de 40 anos, após a menopausa. Já o público masculino, é menos acometido, cerca de 5 a 10%⁶.

A IU é classificada de acordo com os sintomas apresentados, podendo ser incontinência de urgência (IUU), de esforço (IUE), mista (IUM) ou de mobilidade⁷. Esta última, é resultante de mobilidade prejudicada, o que sugere que ocorra devido a presença de alguma limitação que impeça o paciente de chegar a tempo ao banheiro⁸. Segundo o autor, esta disfunção pode afetar pacientes com bexiga hiperativa que, ao apresentarem mobilidade limitada, apontam início ou piora dos sintomas de IUU⁸.

Estudo recente mostrou uma correlação positiva entre os piores escores de qualidade de vida para cardiopatias e IU⁴, assim como um agravo na capacidade funcional e fadiga entre idosos⁹. Segundo Gregor, a disfunção urinária no cardiopata pode ocorrer em decorrência da síndrome metabólica presente nesses indivíduos, sendo a obesidade e o diabetes mellitus os fatores de risco mais relatados na associação¹⁰. A obesidade pode aumentar a pressão intra-abdominal, tensionando e enfraquecendo a musculatura do períneo. Além disso, os cardiopatas também podem ser menos ativos, levando a uma função muscular pélvica deficiente¹¹.

A literatura evidencia que o manejo adequado desses fatores de risco, por meio de programas de reabilitação cardiovascular, há a redução da incidência de IU nessa população¹⁰.

A reabilitação cardíaca (RC) é definida como uma intervenção terapêutica sem a utilização farmacológica e necessária para garantir melhores condições físicas, mentais e sociais aos indivíduos portadores de doenças cardiovasculares, diminuindo os fatores de risco, preservando e desenvolvendo uma melhor qualidade de vida¹².

Neste contexto, a fisioterapia, por meio da RCV, poderia reduzir os sintomas da IU e das DCVs, assim como melhorar a qualidade de vida e capacidade funcional, reduzindo o índice de mortalidade ligado a DCVs.

MÉTODO

O presente estudo trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da Universidade do Planalto Catarinense (UNIPAC) segundo parecer número 6.978.134.

O estudo foi realizado na clínica de reabilitação cardíaca do Instituto do Coração (INCOR), Lages - SC. Participaram da pesquisa mulheres com diagnósticos de doenças cardíacas (Doença Arterial Coronariana, Insuficiência Cardíaca Congestiva, Hipertensão, Diabetes Mellitus), atendidas na clínica de reabilitação, com idade superior a 18 anos e que aceitem participar do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Inicialmente, em dia e horário previamente agendados, as pacientes passaram por uma entrevista realizada no Instituto do Coração com a aplicação de três instrumentos:

Avaliação do **perfil clínico e sociodemográfico**: foram coletados dados como idade, sexo, raça, estado civil, escolaridade, profissão, renda e doenças associadas por meio de um questionário adaptado pelas pesquisadoras baseado no questionário Vigitel 2020 (Brasil, 2020), visando identificar as características da população estudada.

Questionário do **Estilo de Vida de Adultos com Doenças Cardiovasculares** (QAEV-DCV): é um instrumento que visa identificar e avaliar, inicialmente, o estilo de vida de adultos com doenças cardiovasculares. Trata-se de um questionário unificado, com 14 perguntas fechadas, agrupadas em

seis domínios do estilo de vida: Atividade Física, Nutrição, Álcool e Tabaco, Sono e Relacionamento. O instrumento é autoadministrado e as questões estão dispostas na forma de escala Likert, com cinco alternativas de resposta. A soma de todos os pontos permite chegar a um escore total que permite classificar os indivíduos em cinco categorias que são: “Excelente” (48 - 56), “Muito bom” (39 a 47), “Bom” (30 - 38), “Regular” (21- 29) e “Necessita melhorar” (0 - 20). Considera-se “Excelente” um estilo de vida com influência muito positiva para a saúde, principalmente relacionada às DCVs, enquanto “Necessita melhorar” aponta um estilo de vida com muitos fatores de risco para saúde, incluindo as DCVs¹³.

Aplicação do ***International Consultation on Incontinence*** - Short Form (ICIQ-SF): questionário auto-administrável, breve, de linguagem simples e de fácil entendimento, que consiste em avaliar de forma rápida o impacto da IU na qualidade de vida das mulheres e também classificar a perda urinária das pacientes. O ICIQ-SF já foi validado para a língua portuguesa¹⁴. É formado por seis questões, sendo a primeira e a segunda relacionadas a data de nascimento e o sexo. As perguntas três, quatro, cinco e seis, irão avaliar a frequência, a quantidade e o impacto da IU na vida diária respectivamente. A pontuação se dá com a soma das questões três, quatro e cinco, com escore de zero a vinte um, em que quanto maior a pontuação, pior é a condição atual da paciente, sendo classificado do seguinte modo: pontuação zero (0), nenhum impacto; pontuação de 1 a 3, leve impacto; de 4 a 6 pontos, moderado impacto; pontuação de 7 a 9, grave e 10 pontos ou mais, muito grave¹⁵. Para a presente pesquisa, a partir do resultado obtido, as autoras classificaram as mulheres que apresentaram IU em: Incontinência de urgência (considerando quem respondeu “sim” na pergunta “perco antes de chegar ao banheiro”); Incontinência de esforço (considerando quem respondeu “sim” na pergunta “perco quando tusso ou espirro” e “perco quando estou fazendo atividades físicas”) e Incontinência mista (considerando quem respondeu “sim” nas duas perguntas citadas).

Em seguida, foi realizada uma avaliação física, com caracterização da composição corporal das participantes (balança digital de bioimpedância) e da capacidade funcional das participantes (teste de sentar e levantar e força de preensão palmar), conforme detalhado a seguir.

Balança digital de bioimpedância: utilizado para verificar o peso, quantidade de gordura corporal e visceral, IMC, idade corporal, e quantidade de massa magra (músculos) presente no organismo. A medição é feita de forma personalizada para cada paciente, onde na balança será configurado com a

idade, sexo feminino ou masculino e altura. Após isso, a pessoa precisa subir na balança sem calçados ou meias e segurar o sensor de medição com as mãos.

Teste de sentar e levantar: este teste é realizado para avaliar a capacidade funcional do paciente. Para a realização será necessário uma cadeira sem braços e um cronômetro. O paciente deve estar com roupas confortáveis, que não limitem seus movimentos e será instruído pela avaliadora para permanecer em pé na frente da cadeira para iniciar o teste, em seguida, receberá instruções para sentar e levantar da cadeira utilizando o mínimo de apoio possível, o máximo de vezes que conseguir em um tempo de 30 segundos, sendo que a contagem do tempo começará quando a avaliadora der o comando “valendo” e deve permanecer perto do paciente para que em caso de desequilíbrio, o paciente possa se apoiar e se sentir seguro.

Força de preensão palmar: avalia a força no movimento de preensão palmar. Para a realização, será utilizado um dinamômetro digital, que estará configurado com a idade, peso e sexo do paciente. O avaliado deve ficar com o braço a 90° graus e após o comando da avaliadora, deverá apertar o dinamômetro com sua força máxima.

Os dados quantitativos foram tabulados no programa Excel® Microsoft 2010 e exportados para o programa estatístico SPSS 2.0. Os dados obtidos foram submetidos à análise estatística descritiva (média aritmética, desvio padrão da média) e de comparação de médias (grupo com IU e grupo sem IU). Inicialmente, o teste de normalidade de Shapiro-Wilk foi aplicado para verificar a normalidade dos dados. Sendo a normalidade confirmada, as médias das participantes com IU e sem IU foram comparadas pelo teste t de Student não pareado. O nível de significância adotado foi de $p \leq 0,05$.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa 42 mulheres que frequentam o Programa de Reabilitação Cardíaca do INCOR. A idade média das participantes foi de 69 ± 11 anos, tendo a mais jovem 37 anos, e a mais velha 85 anos. Quanto à raça, todas (100%) se declararam brancas. Sobre a escolaridade das participantes, a maioria cursou ensino superior (54,8%). No aspecto renda familiar, a maior parte das participantes (47,6%) apresentaram renda de cinco ou mais salários-mínimos. As demais variáveis do perfil sociodemográfico estão dispostas na Tabela 1.

Tabela 1. Variáveis do perfil sociodemográfico e clínico das participantes do estudo.

Variável	n (%)
Estado Civil	
Solteira	05 (12%)
Casada	25 (60%)
Divorciada	03 (07%)
Viúva	09 (21%)
Raça	
Branca	42 (100%)
Escolaridade	
Ensino Fundamental	06 (14%)
Ensino Médio	13 (31%)
Curso Superior	23 (55%)
Renda	
1 a 2 salários	09 (21%)
3 a 4 salários	13 (31%)
5 ou mais salários	20 (48%)
Profissão	
Do lar	05 (12%)
Aposentada	30 (71%)
Servidora pública	04 (10%)
Autônoma	03 (07%)

Legenda: n= número de participantes

Observou-se que a maioria das participantes são idosas (acima de 60 anos). A literatura relata que o aumento da idade possui conexão com a deterioração da funcionalidade cardiovascular, sendo um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento da doença. Além de estar diretamente relacionado ao aumento da mortalidade, morbidade e fragilidade em indivíduos afetados¹⁶.

As participantes da pesquisa apresentaram, em sua maioria, alta renda, com cinco ou mais salários-mínimos, e alta escolaridade, com formação superior. Estes dois fatos estão intimamente ligados, pois um alto nível de escolaridade, possibilita melhores oportunidades de trabalho e, por consequência, uma renda maior¹⁷. Ainda, uma maior escolaridade possibilita ter um maior conhecimento

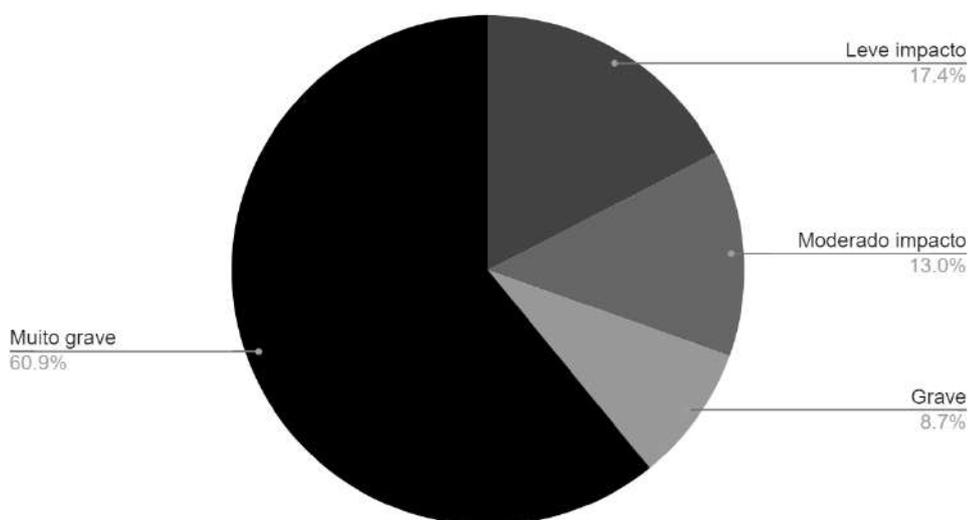
sobre o corpo e maiores recursos para procurar tratamento para as disfunções apresentadas, assim como um maior acesso a informações sobre hábitos de vida saudável¹⁸.

Em relação ao aspecto doenças associadas, às patologias predominantes entre as mulheres avaliadas foram hipertensão e diabetes *mellitus*, sendo em sua maioria comorbidades associadas ao mesmo indivíduo.

Entre as 42 mulheres avaliadas, 23 (54,8%) apresentaram incontinência urinária (IU), evidenciando uma alta prevalência dessa condição no grupo. Esse dado sugere que a IU é um problema significativo entre as participantes, e que fatores, como idade e possíveis condições associadas, como obesidade, hipertensão e diabetes possam ter contribuído para essa alta incidência¹⁹.

O ICIQ-SF evidenciou que as participantes com IU apresentaram um declínio expressivo relacionado com a perda urinária. A maioria delas (60%) foi classificada como tendo sintomas muito graves (Gráfico 1), com escores acima de 10, o que impacta significativamente a qualidade de vida, interferindo diretamente nas atividades diárias. A perda involuntária da urina, principalmente em idosos, afeta significativamente todos os aspectos da qualidade de vida, tendo a gravidade da IU inversamente proporcional ao desempenho físico realizado²⁰.

Gráfico 1 - Impacto da IU na qualidade de vida.

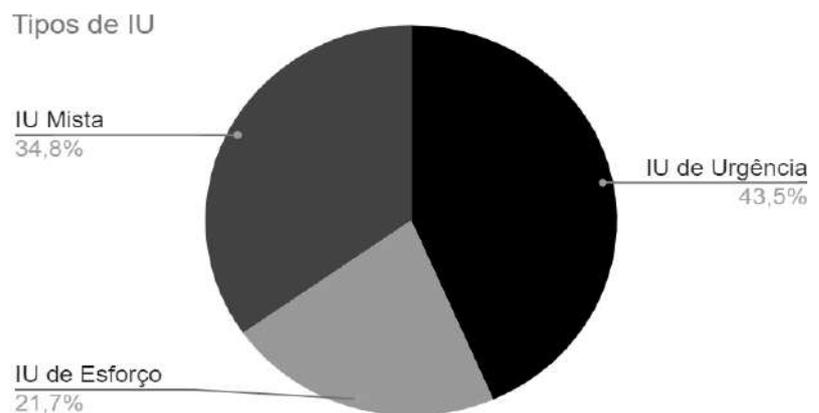


Segundo o estudo de Alencar-Cruz e Lira-Lisboa, a IU impacta consideravelmente em várias esferas da qualidade de vida (QV) de mulheres incontinentes, podendo gerar limitações emocionais, psicossociais, higiênicas, físicas, sexuais e de atividade diárias. Ainda, pode afetar também os relacionamentos interpessoais, tais como encontros religiosos e viagens²¹. Analisando os dados desta pesquisa, a média do escore do ICIQ-SF observada foi de 10 pontos, sendo considerado de muito grave impacto sobre a QV dessas mulheres, o que sugere que em algumas esferas mais íntimas da

qualidade de vida dessas mulheres (como âmbito sexual, emocional, higiênico) possa estar afetada. Enquanto as outras mulheres apresentaram índices de leve impacto (17,4%) e moderado impacto (13%). Essa variação sobre o impacto da IU (leve e moderado) na vida cotidiana pode estar atrelada a percepção da quantidade de urina perdida e da percepção de incômodo gerada por esses escapes de cada indivíduo, sendo possível que elas entendam que a IU seja um problema de saúde que representa baixo impacto na sua qualidade de vida, não necessitando de atenção extra.

Das mulheres que se mostraram incontinentes nesta pesquisa, a maior parte (43,5%) apresentou relatos compatíveis com a IU de urgência (Gráfico 2). Esta disfunção está presente na sua maioria em públicos de mais idade, que apresentam também outras comorbidades⁸.

Gráfico 2 - Tipos de IU na amostra.



Na avaliação do estilo de vida, tanto as participantes com IU, como as participantes sem IU, foram classificadas como muito bom, não havendo diferença entre os grupos (Com IU = 44 ± 9 , Sem IU = 46 ± 7 , $p=0,48$). Também não houve diferença na avaliação dos seis pilares do estilo de vida entre os grupos (Tabela 2).

Tabela 2: Variáveis dos seis pilares do estilo de vida das participantes da pesquisa.

	COM IU			SEM IU			p
	Média	DP	n	Média	DP	n	
Atividade Física	9	4	23	10	3	19	0,28
Alimentação	8	3	23	9	3	19	0,23
Álcool e Tabaco	8	1	23	8	1	19	0,44
Sono	6	2	23	6	2	19	0,76
Estresse	7	2	23	6	2	19	0,27
Relacionamentos	7	2	23	7	2	19	0,83

Legenda: IU = incontinência urinária; n = número de participantes

A ausência de diferença nos hábitos comportamentais de ambos os grupos pode ser devido à participação assídua das participantes na reabilitação cardíaca, onde realizam exercícios físicos de forma regular e são orientados adotarem hábitos saudáveis, visando manter ou até mesmo melhorar as comorbidades apresentadas (hipertensão, diabetes, obesidade). A reabilitação cardíaca promove a melhora da morbidade, da função física e da qualidade de vida em pacientes com cardiopatias ou fatores de risco, com base principalmente em exercícios funcionais de força combinados com treinamento aeróbico²². Esse programa é eficaz na estabilização e/ou eliminação de fatores de risco tanto para o desenvolvimento de doenças cardíacas quanto para a incontinência urinária²³.

Na avaliação fisioterapêutica, também não se observou diferença na composição corporal e na capacidade funcional entre as participantes com ou sem IU. As variáveis analisadas da avaliação física estão dispostas na Tabela 3.

Tabela 3. Variáveis da avaliação física e capacidade funcional das participantes da pesquisa.

	COM IU			SEM IU			p
	Média	DP	N	Média	DP	N	
Composição corporal							
% Gordura	35	8,45	23	36,61	11,04	19	0,55
% Muscular	27,84	5,13	23	26,67	5,57	19	0,32
Gordura visceral	12,26	3,71	23	11,84	3,18	19	0,7
Idade Corporal	64,22	10,34	23	66,22	10,02	19	0,54
Capacidade Funcional							
TSL	16,13	5,16	23	18,05	5,95	19	0,27
FPP	26,79	9,15	23	27,86	10,06	19	0,65

Legenda: IU= incontinência urinária; n = número de participantes; TSL= teste de sentar e levantar; FPP= força de preensão palmar.

Da mesma forma que na avaliação do estilo de vida, a ausência de diferença entre os grupos na avaliação física pode estar relacionada aos efeitos da reabilitação cardíaca. Segundo Kari, tratamentos como a fisioterapia, quando combinados com a prática de exercícios físicos e a adoção de bons hábitos cotidianos, permitem o controle dos fatores de risco, como obesidade e diabetes, além de contribuir para o manejo dos demais sintomas associados às cardiopatias e à IU²⁴.

Segundo a literatura, a capacidade funcional diminui em indivíduos que apresentam IU,

principalmente de urgência, pois podem apresentar redução na mobilidade e, por consequência, redução de sua independência nas AVD's. No entanto, quando comparados os grupos com IU e sem IU, não mostraram diferenças significantes e isso pode estar atrelado ao fato de que participam da reabilitação cardíaca, visando a melhora do estado de saúde geral do corpo. Sabe-se que a prática regular de exercícios colabora para que haja a redução da pressão arterial, regularização das dislipidemias, diminuição do peso corporal e gordura visceral²⁵, que são alguns dos fatores de risco modificáveis da disfunção, além de ajudar no ganho de flexibilidade e consciência corporal. A RC também auxilia no ganho ou preservação da capacidade funcional dos indivíduos, sendo um dos principais benefícios da prática²³.

Outra hipótese é que as mulheres podem ter realizado pequenas adaptações no seu cotidiano para que conseguissem realizar as AVDs mesmo sendo incontinentes, fazendo uso, por exemplo, de absorventes íntimos e /ou uso de medicamentos antidiuréticos.

A prática da fisioterapia que também se entrelaça nesta situação é a fisioterapia pélvica, visto que trabalha com disfunções ligadas ao trato urinário. A utilização desta área da fisioterapia é um recurso que seria muito útil para as mulheres do estudo se conciliada a RC, pois conseguiria tratar as disfunções urinárias, através de exercícios específicos para cada assoalho pélvico, agindo diretamente na causa do problema, como o treinamento dos músculos do assoalho pélvico, que atualmente é um recurso de primeira linha para tratar esse tipo de disfunção, devido a sua eficácia, baixo custo e ausência de efeitos colaterais para as pacientes ou em tratamentos subsequentes²⁶.

CONCLUSÃO

O presente estudo evidenciou uma alta prevalência de IU entre as cardiopatas participantes de um programa de reabilitação cardíaca. No entanto, a participação na reabilitação cardíaca pareceu ser eficaz na manutenção de um estilo de vida saudável e boa capacidade funcional destas mulheres. A prática regular de exercícios promove a redução e controle dos fatores de riscos secundários de ambas as patologias estudadas, além de promover bem-estar, melhorar capacidade funcional e consciência corporal.

Destaca-se a importância e a necessidade da avaliação fisioterapêutica pélvica e demais orientações sobre o assunto, a fim de reduzir o desconforto das mulheres e entender de fato a causa

do problema.

Recomenda-se novos estudos com relação ao tema debatido nesta pesquisa, para no futuro, realizar uma intervenção fisioterapêutica, a fim de produzir maiores conhecimentos a este respeito.

REFERÊNCIAS

1. Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease (GBD) Cardiovascular Burden Estimates 1990 and 2021. Institute for Health Metrics and Evaluation. 2022; <https://doi.org/10.6069/R5WE-6Z85>.
2. Oliveira GMM, Brant LCC, Polanczyk CA, Malta DC, Biolo A, Nascimento BR, Souza MFM, et al. Estatística Cardiovascular – Brasil 2023. Arq. Bras. Cardiol. 2024;121(2):e20240079. <https://doi.org/10.36660/abc.20240079>
3. Malambo P, Kengne AP, De Villiers A, Lambert EV, Puoane T. Built Environment, Selected Risk Factors and Major Cardiovascular Disease Outcomes: A Systematic Review. PLOS ONE. 2016; 11(11): e0166846. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0166846>
4. Bittencourt AH, Santos TD, Cardoso DM, Braz MM, Albuquerque IM. Prevalence of sexual dysfunction and urinary incontinence in candidates for cardiac rehabilitation and individuals without a previous cardiac event: cross-sectional study. Saúde (Santa Maria). 2021; 47. <https://doi.org/10.5902/2236583461875>.
5. D'Ancona C, Haylen B, Oelke Met. al. Standardisation Steering Committee ICS and the ICS Working Group on Terminology for Male Lower Urinary Tract & Pelvic Floor Symptoms and Dysfunction. The International Continence Society (ICS) report on the terminology for adult male lower urinary tract and pelvic floor symptoms and dysfunction. Neurourol Urodyn. 2019; 38(2):433-477. <https://doi.org/10.1002/nau.23897>.
6. Incontinência urinária afeta a vida de mais de 10 milhões de pessoas no País. Sociedade Brasileira de Urologia. 2018; <https://sbu-sp.org.br/publico/incontinencia-urinaria-afeta-a-vida-de-mais-de-10-milhoes-de-pessoas-no-pais/>
7. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et. al. Standardisation Sub-Committee of the International Continence Society. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. Urology. 2003; 61(1):37-49. [https://doi.org/10.1016/s0090-4295\(02\)02243-4](https://doi.org/10.1016/s0090-4295(02)02243-4).
8. Dieter AA. Background, Etiology, and Subtypes of Urinary Incontinence. Clin Obstet Gynecol. 202; 64(2):259-265. <https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000618>.
9. Madigan EA, Gordon N, Fortinsky RH, Koroukian SM, Piña I, Riggs JS. Predictors of functional capacity changes in a US population of Medicare home health care (HHC)

patients with heart failure (HF). Arch Gerontol Geriatr. 2012; 54(3):e300-6.
<https://doi.org/10.1016/j.archger.2011.07.018>.

10. John G. Incontinência urinária e doença cardiovascular: uma revisão narrativa. Int Urogynecol J. 2020; 31 , 857–863. <https://doi.org/10.1007/s00192-019-04058-w>
11. Nie XF, Ouyang YQ, Wang L, Redding SR. A meta-analysis of pelvic floor muscle training for the treatment of urinary incontinence. Int J Gynaecol Obstet. 2017; 138(3):250-255. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12232>.
12. Carvalho T, Milani M, Ferraz AS, Silveira AD, Herdy AH, Hossri CAC, et al. Diretriz Brasileira de Reabilitação Cardiovascular – 2020. Arq. Bras. Cardiol. 2020; 114(5):943-87. <https://doi.org/10.36660/abc.20200407>.
13. Barbisan JR. Construção e validação inicial de um instrumento para avaliar o estilo de vida de pacientes com doenças cardiovasculares. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Planalto Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Ambiente e Saúde. 2022.
14. Tamanini JTN, Dambros M, D'Ancona CAL, Palma PCR, Rodrigues Netto Jr N. Validação para o português do "International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form" (ICIQ-SF). Rev Saúde Pública. 2004;38(3):438–44. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102004000300015>
15. Padilha J, Conte AC, Zarpellon GM, Marques CM. Investigação da qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária. Arq. Ciênc. Saúde Unipar. 2018; 22(1). <https://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/6302>.
16. Rodgers JL, Jones J, Bolleddu SI, Vanthenapalli S, Rodgers LE, Shah K, et al. Cardiovascular Risks Associated with Gender and Aging. J Cardiovasc Dev Dis. 2019; 6(2):19. <https://doi.org/10.3390/jcdd6020019>.
17. Elsayed A , Shirshikova A. The Women Empowering Effect of Higher Education. Journal of Development Economics. 2023; 163:103101. <https://doi.org/10.1016/j.jdeveco.2023.10310>.
18. Tran DB, Pham TDN, Nguyen TT. The influence of education on women's well-being: Evidence from Australia. PLOS ONE. 2021; 16(3): e0247765. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247765>.
19. Batmani S, Jalali R, Mohammadi M, Bokae S. Prevalence and factors related to urinary incontinence in older adults women worldwide: a comprehensive systematic review and meta-analysis of observational studies. BMC Geriatr. 2021; 21, 212. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02135-8>.
20. El-Gharib AK, Manzour AF, El-Mallah R, El Said SMS. Impact of urinary incontinence on physical performance and quality of life (QOL) amongst a group of elderly in Cairo. Int J Clin Pract. 2021; 75(12):e14947. <https://doi.org/10.1111/ijcp.14947>.
21. Alencar-Cruz JM, Lira-Lisboa L. El impacto de la incontinencia urinaria en la calidad de vida y

su relación con síntomas de ansiedad y depresión en mujeres. Revista de Salud Pública. 2019; 21(4): 390-397. <https://doi.org/10.15446/rsap.V21n4.50016>.

22. Vigorito C, Abreu A. Reabilitação cardíaca para pacientes geriátricos e frágeis. European Society of Cardiology. 2020; 15, 127-133.
23. Pratesi A, Baldasseroni S, Burgisser C, Orso F, Barucci R, Silverii MV, et al. Long-term functional outcomes after cardiac rehabilitation in older patients. Data from the Cardiac Rehabilitation in Advanced age: Exercise Training and Active follow-up (CR-AGE EXTRA) randomised study. Eur J Prev Cardiol. 2019; 26(14):1470-1478. <https://doi.org/10.1177/2047487319854141>.
24. Bø K. Physiotherapy management of urinary incontinence in females. J Physiother. 2020; 66(3):147-154. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2020.06.011>.
25. Pereira WR, Mota AE, Santos PO, Rebelo AC, Oliveira CG, Oliveira JC, et al. Efeitos do exercício físico nos fatores de risco para a síndrome metabólica. RRS-Estácio Goiás. 2020; 3(02):171-6. <https://estacio.periodicoscientificos.com.br/index.php/rrsfesgo/article/view/184>
26. Vaz CT, Sampaio RF, Saltiel F, Figueiredo EM. Effectiveness of pelvic floor muscle training and bladder training for women with urinary incontinence in primary care: a pragmatic controlled trial. Brazilian Journal of Physical Therapy. 2019;23(2):116-124. <https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2019.01.007>.

Relação entre Episiotomia e Perineoplastia em primíparas de uma maternidade no nordeste brasileiro



Eduarda Freitas Sereno¹, Lara Fabia Duarte Neves¹, Greice Lanna Sampaio do Nascimento²

RESUMO

Submissão: 25/11/2024

Aceite: 30/11/2024

Publicação: 30/12/2024

Panorama: A episiotomia é uma intervenção realizada no períneo para facilitar o parto, que pode acarretar necessidade de reparo cirúrgico posterior, conhecido como perineoplastia. **Objetivo:** identificar a incidência de perineoplastia e sua relação com a episiotomia em mulheres atendidas em uma maternidade do Maranhão. **Método:** Estudo transversal descritivo, com abordagem quantitativa. Participaram do estudo 62 mulheres, todas primíparas e com idade mínima de 14 anos. **Resultados:** 87,5% das mulheres sofreram episiotomia e 91,7% perineoplastia, 52,1% não foram informadas previamente sobre a episiotomia, 77,1% não puderam opinar sobre o procedimento, 75,0% não foram informadas sobre os riscos. Houve correlação entre episiotomia e a necessidade de perineoplastia. **Conclusão:** a episiotomia, embora comum, leva a uma alta incidência de perineoplastias. Há necessidade de revisar o procedimento e de maior diálogo com os pacientes. Algumas mulheres apresentam complicações, ressaltando a importância de um acompanhamento pós-operatório adequado para a saúde e bem-estar das pacientes.

ABSTRACT

Background: Episiotomy is an intervention performed on the perineum to facilitate childbirth, which may require subsequent surgical repair, known as perineoplasty. **Aims:** to identify the incidence of perineoplasty and its relationship with episiotomy in women treated at a maternity hospital in north-west Brazil. **Method:** Descriptive cross-sectional study with a quantitative approach. Sixty-two women participated in the study, all primiparous and aged at least 14 years. **Results:** 87.5% of the women underwent episiotomy and 91.7% perineoplasty, 52.1% were not previously informed about the episiotomy, 77.1% were unable to give an opinion on the procedure, and 75.0% were not informed about the risks. There was a correlation between episiotomy and the need for perineoplasty. **Conclusion:** episiotomy, although common, leads to a high incidence of perineoplasty. There is a need to review the procedure and for greater dialogue with patients. Some women experience complications, highlighting the importance of adequate post-operative monitoring for the health and well-being of patients.

INTRODUÇÃO

O parto é um evento fisiológico e natural, na maioria das vezes, ocorrem sem complicações. O períneo feminino e um conjunto de músculos do assoalho pélvico, eles possuem cerca de dois centímetros e ficam localizados na região entre a vagina e o ânus. Estes músculos contribuem para a passagem do bebê durante o processo de parto normal e possuem funções importantes, tais como sustentar o peso do bebê durante o período gestacional, sustentar os órgãos da cavidade pélvica, saúde sexual, estabilidade postural, controle urinário e fecal¹.

A perineoplastia é uma cirurgia cujo objetivo principal é reparar lesões no tecido do músculo perineal. O procedimento cirúrgico é indicado para mulheres que tiveram lesões no períneo durante um parto vaginal, e não obtiveram sucesso em tratamentos conservadores, como o treinamento do assoalho pélvico, por exemplo. Entretanto, há outras indicações para que este procedimento seja realizado, como ter passado por duas ou mais gestações, queda do prazer sexual, dores na região perineal, incontinência urinária/fecal e proporcionar mais qualidade de vida para a mulher².

Este procedimento cirúrgico é considerado simples, visto que é realizado apenas para reconstrução da musculatura perineal. Por se tratar de um procedimento simples, o paciente pode receber alta no mesmo dia, seguido de recomendações, como higiene local apenas com água e sabonete neutro, evitar exercícios físicos, da preferência a roupas íntimas mais folgadas, uso de absorvente externo e manter relações sexuais somente após 45 dias. A técnica cirúrgica dura aproximadamente uma hora e pode ser realizado com anestesia geral ou local³.

Diretamente ligado à perineoplastia, a episiotomia é definida como uma incisão cirúrgica feita no períneo na última parte do segundo estágio do trabalho de parto vaginal. O objetivo da incisão é evitar lesões graves no períneo durante o período expulsivo do bebê. A técnica foi criada por Fielding Ould em 1972, para ser realizada apenas em partos julgados mais difíceis, entando, ela começou a ser normalizado globalmente após um renomado obstetra norte-americano Joseph DeLee, recomendar uso rotineiro do fórceps e a episiotomia em cada parto⁴.

Atualmente a episiotomia possui sete técnicas descritas na literatura, entretanto as mais usadas são as episiotomia médio-laterais e medianas. No Brasil, o Ministério Da Saúde e a Organização Mundial Da Saúde (OMS) recomendam que em casos de parto vaginal o uso rotineiro da episiotomia não é recomendado, visto que não há evidências que corroborem a necessidade da realização do

procedimento. Como forma prevenir que a técnica não seja aplicada, elas indicam técnicas que podem ser utilizadas durante o parto, tais como: massagem perineal; compressas mornas; proteção de mãos no períneo⁵.

Segundo a organização mundial da saúde, caso a equipe responsável decida por uma episiotomia, é necessário que se tenha o consentimento da parturiente ou do acompanhante, por se trata de um procedimento invasivo, doloroso e sem evidências científicas. Caso a vontade da parturiente seja desrespeitada e o procedimento, seja feito, o caso pode ser considerado uma violação da ética médica, desta forma configura-se um caso de violência obstétrica. Em razão das recomendações, a episiotomia deve ser discutida e esclarecida durante o pré-natal ou quando for solicitada⁶.

Com base nessas análises, a seguinte questão de pesquisa é levantada: qual é a relação entre a episiotomia e a perineoplastia na cidade de Pedreiras, MA? Assim, buscando auxílio na resolução deste questionamento, o objetivo geral do estudo foi identificar a relação da episiotomia com a perineoplastia.

A escolha da temática foi considerada relevante para a saúde da mulher, uma vez que a episiotomia, embora comum, pode resultar em complicações como incontinência urinária, incontinência fecal e dispareunia. Essas condições frequentemente levaram as pacientes a buscarem a perineoplastia como tratamento. Assim, trazer essa análise se mostrou fundamental para compreender melhor a saúde feminina e aprimorar a qualidade de vida das pacientes, pois, além de avaliar a relação entre esses procedimentos, a pesquisa contribuiu para o entendimento da temática na saúde, traçando um perfil epidemiológico que pôde servir como fonte de evidências científicas para a Faculdade de Educação São Francisco e para acadêmicos e sociedades intelectuais e culturais.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal descritivo, com abordagem quantitativa. A pesquisa descritiva teve o objetivo de descrever fenômenos ou estabelecer relações entre variáveis, visando registrar, analisar e interpretar o fenômeno estudado por meio de técnicas de coleta de dados como questionários e observações. O estudo descritivo buscou conhecer a realidade estudada e suas características por meio de seus problemas⁷.

A pesquisa quantitativa esteve relacionada à análise e interpretação de dados coletados a partir do estudo de um fenômeno. Nesse tipo de pesquisa, utilizou-se uma linguagem matemática e os resultados foram analisados utilizando estatísticas descritivas, como porcentagens, médias, mediana, moda, coeficiente de correlação, desvio padrão, entre outras⁸.

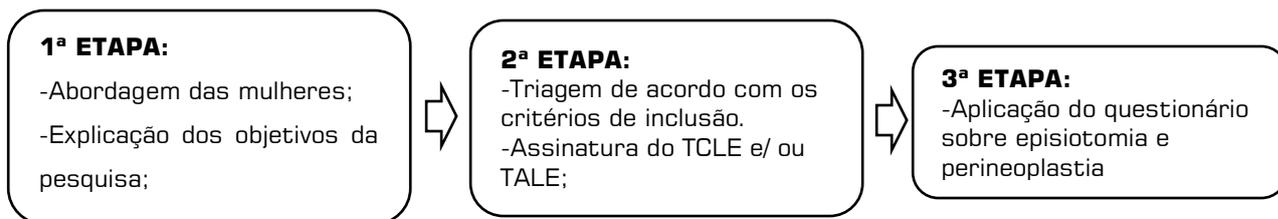
A população do estudo foi composta por mulheres que realizaram perineoplastia e/ou episiotomia, atendidas no Hospital Geral e Maternidade de Pedreiras, MA. Foram incluídas mulheres primíparas, com idade igual ou maior que 14 anos, que aceitaram assinar o termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para as participantes menores de 18 anos, foi apresentado o termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), assinado por seus responsáveis legais. Foram excluídas mulheres que não realizaram perineoplastia e/ou episiotomia, menores de 14 anos e aquelas que não aceitaram assinar o termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou o TALE.

No primeiro momento, as pesquisadoras realizaram uma abordagem direta com as pacientes primíparas maiores de 14 anos, presentes no Hospital Geral de Pedreiras, MA. Elas foram esclarecidas sobre o estudo e, caso tivessem interesse em se voluntariar, passaram por uma triagem para determinar a alocação na pesquisa. No segundo momento, as voluntárias foram informadas sobre os requisitos para participar do estudo, sendo orientadas sobre o questionário e sobre a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Para menores de 18 anos, foi apresentado o TALE, que foi disponibilizado em duas vias: uma para a participante e outra para as pesquisadoras. No terceiro momento, foi aplicado o questionário com as voluntárias que atenderam aos critérios de inclusão do estudo e que já haviam assinado o TCLE ou o TALE. A aplicação do questionário ocorreu em uma sala previamente reservada, sendo disponibilizado de forma impressa, juntamente com o TCLE e o TALE, garantindo os aspectos éticos da pesquisa.

O questionário, elaborado pelas autoras, continha perguntas fechadas e incluiu características sociodemográficas (formulário pode ser solicitado para as autoras). Foram selecionadas para o estudo mulheres que realizaram apenas perineoplastia, apenas episiotomia, ou ambos os procedimentos, formando três grupos.

Figura 1: Fluxograma do estudo.

Após coleta, os dados foram tabulados em uma planilha eletrônica (Microsoft Excel® 2010 Redmond, WA, EUA), com o objetivo de caracterizar sociodemograficamente a amostra. A análise descritiva foi estabelecida por meio de frequências absolutas e relativas percentuais vistos que as variáveis do estudo são quantitativas. Com o auxílio do software estatístico, SPSS versão 22.0 para Windows por meio do Teste de Normalidade (Shapiro-Wilk), Teste de Correlação de Spearman, Mann-Whitney U. O nível de significância será fixado em 5%.

O presente estudo foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), juntamente com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), seguindo as conformidades e normas vigentes expressas na resolução CONEP 466/12 e na Declaração de Helsinque de 1983. Os pesquisadores declararam que o estudo foi aprovado pelo CEP com o número CAAE 73074323.8.0000.8007.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O objetivo do estudo foi identificar a perineoplastia e sua relação com a episiotomia. Inicialmente, a amostra foi composta por 62 mulheres, de todas as idades, que consentiram em participar mediante assinatura do TCLE e TALE. No entanto, 14 mulheres não assinam os termos de consentimento, sendo a amostra final composta por 48 mulheres. Os resultados foram organizados e apresentados em tabelas.

A distribuição das participantes em relação à variável idade foi apresentado na Tabela 1. A média de idade das mulheres que participaram do estudo foi de 39,33 anos, com um desvio padrão de 11,12 anos, indicando uma variação considerável entre as idades das pacientes. A episiotomia em mulheres por volta dos 39 anos ocorre, em parte, porque muitas têm o primeiro parto em idade mais avançada, o que pode aumentar o risco de complicações. Nesses casos, a episiotomia é realizada para facilitar o parto e evitar lacerações graves. Esses dados são importantes para compreender o perfil

etário das mulheres submetidas à episiotomia e/ou perineoplastia, possibilitando a identificação de faixas etárias mais prevalentes nesses procedimentos.

Tabela 1: Distribuição das participantes segundo a idade média e desvio padrão.

Variável	Média	DP
Idade	39,33	11,12

Fonte: Dados da pesquisa (2024).

Em estudos recentes, a média de idade das mulheres que se submeteram a procedimentos de perineoplastia e episiotomia varia. Um estudo indicou que a idade média foi de aproximadamente 30 anos², enquanto outro encontrou uma média de aproximadamente 32,88 anos⁹. Esses dados demonstram que, embora sua média possa ser inferior à encontrada em seu estudo (39,33 anos), há uma considerável variação nas idades das pacientes envolvidas nessas intervenções cirúrgicas.

A Tabela 2 apresenta a distribuição das pacientes submetidas à episiotomia e/ou perineoplastia no estudo, de acordo com as variáveis cidades de residência, escolaridade, etnia e profissão. A maioria das participantes reside no município de Pedreiras, MA (83,3%), pois é a região mais populosa, enquanto o restante é de Trizidela do Vale, MA (16,7%). Em relação à escolaridade, 56,3% das mulheres possuem ensino médio completo, seguido por 29,2% com ensino superior e 10,4% com ensino fundamental completo. Apenas 2,1% das participantes têm pós-graduação ou ensino fundamental incompleto.

Tabela 2: Distribuição de acordo com cidade de residência, escolaridade, etnia e profissão.

Variável	n	%
Cidade de Residência		
Pedreiras, MA	40	83,3
Trizidela do Vale, MA	8	16,7
Total	48	100
Escolaridade		
Ensino Fundamental	5	10,4
Ensino Fundamental Incompleto	1	2,1
Ensino Médio	27	56,3
Ensino superior	14	29,2
Pós-graduação	1	2,1
Total	48	100

Etnia	n	%
Amarela	3	6,3
Branca	11	22,9
Negra	21	43,8
Parda	13	27,1
Total	48	100

Profissão	n	%
Administradora	1	2,1
Aposentada	1	2,1
Auxiliar de cozinha	1	2,1
Consultora de Vendas	1	2,1
Doméstica/Diarista	8	16,7
Dona de casa	10	20,8
Escritora	1	2,1
Estudante	6	12,5
Funcionária pública	1	2,1
Guarda Municipal	1	2,1
Lavradora	7	14,6
Professora	8	16,7
Secretaria	2	4,2
Total	48	100

Nascimento (2018)¹⁰ observou que a maioria tinha o ensino médio completo (cerca de 60%), seguido por um número menor com ensino superior e algumas com nível fundamental completo. De maneira semelhante, Alves e Cirqueira¹¹ e Jiang *et al.*,² mostraram que mulheres que vivenciaram o parto com episiotomia, tiveram predominância de participantes com ensino médio completo, com uma menor proporção de mulheres com pós-graduação ou ensino superior.

A análise da etnia indica que a maior parte das mulheres se identifica como negra (43,8%), seguida por parda (27,1%), branca (22,9%) e amarela (6,3%). Quanto à ocupação profissional, observou-se uma distribuição variada, com destaque para donas de casa (20,8%), domésticas/diaristas e professoras, ambas com 16,7% cada, além de lavradoras (14,6%) e estudantes (12,5%). As demais profissões apresentaram frequências menores. Esses dados fornecem uma visão clara do perfil socioeconômico e demográfico das mulheres estudadas.

Em uma pesquisa realizada em 2019, observou-se que entre as mulheres que passaram por cirurgias para correção de prolapso de órgãos pélvicos (POP) e incontinência urinária (IU), a maior parte das participantes exercia atividades relacionadas ao trabalho doméstico, com destaque para mulheres “do lar” (25%), aposentadas (23%) e domésticas (12,9%)¹².

Outro estudo analisou 226 partos e relatou que 13,7% das mulheres que passaram por

episiotomia eram donas de casa, e outras ocupações não foram detalhadas com tanta ênfase. No entanto, foi possível perceber que a maioria das mulheres envolvidas na pesquisa não estava em empregos formais, com uma predominância de atividades domésticas¹³.

Esses resultados mostram uma tendência comum, especialmente no Brasil, onde muitas mulheres em idades férteis e que recebem assistência ao parto se concentram em ocupações informais ou em atividades vinculadas ao cuidado familiar, como as donas de casa. Isso está em sintonia com os dados encontrados nos resultados deste estudo, onde a maioria das participantes também eram donas de casa (20,8%), seguidas por domésticas/diaristas e professoras.

A Tabela 3 apresenta a distribuição das respostas sobre a realização de episiotomia e perineoplastia entre as mulheres participantes do estudo. Dentre as 48 mulheres avaliadas, a maioria (87,5%) relatou ter realizado episiotomia, enquanto apenas 12,5% não especificaram essa informação. No que diz respeito à perineoplastia, 91,7% das participantes afirmaram ter realizado o procedimento, com apenas 2,1% informando que não realizaram e 6,3% não especificando sua resposta. Esses dados evidenciam uma alta incidência de ambos os procedimentos cirúrgicos entre as mulheres analisadas, sugerindo uma necessidade de investigação mais aprofundada sobre suas implicações na saúde e bem-estar das pacientes.

A alta prevalência de perineoplastia entre nossas participantes, com 91,7% afirmando ter realizado o procedimento, pode ser explicada pela necessidade comum de reparação do períneo após traumas causados durante o parto, especialmente em mulheres que passaram por episiotomia ou apresentaram lacerações e a baixa porcentagem de participantes que não realizaram a perineoplastia e o pequeno número de respostas não especificadas reforçam essa tendência, indicando uma percepção positiva ou necessidade percebida da perineoplastia na recuperação pós-parto.

Tabela 3: Incidência de Episiotomia e Perineoplastia entre as Participantes.

Variável	N	%
Você já realizou Episiotomia?		
Sim	42	87,5
Não especificou	6	12,5
Você já realizou Perineoplastia?		
Sim	44	91,7
Não	1	2,1
Não especificou	3	6,3

Em estudos recentes sobre episiotomia e perineoplastia, observou-se que a taxa de episiotomia tem diminuído significativamente ao longo dos anos. Um estudo analisou dados de 268.415 mulheres e constatou que a taxa de episiotomia caiu de 37% para apenas 2% entre 1990 e 2017, associando essa redução a melhores resultados maternos sem afetar negativamente os resultados neonatais¹⁴.

A Tabela 4 apresenta informações relevantes sobre a episiotomia, coletadas por meio de questionários aplicados a mulheres que passaram pelo procedimento. Os dados abordam diversos aspectos da experiência das pacientes, incluindo a comunicação prévia sobre o procedimento, a possibilidade de opinar sobre a sua realização, a informação sobre riscos e complicações, além de complicações observadas após a técnica.

Tabela 4: Episiotomia e suas Implicações na Qualidade de Vida das Mulheres.

VARIÁVEL	n	%
Você foi informada antecipadamente sobre a realização do procedimento?		
Sim	17	35,4
Não	25	52,1
Não especificou	6	12,5
Lhe foi dado o direito de opinar sobre a realização da episiotomia?		
Sim	5	10,4
Não	37	77,1
Não especificou	6	12,5
Você foi informada sobre os possíveis riscos e complicações da técnica?		
Sim	6	12,5
Não	36	75,0
Não especificou	6	12,5
Total	48	100,0
Complicações apresentadas após a técnica de episiotomia		
Alteração de sensibilidade no local	14	16,7
Descida de órgãos	4	4,8
Dor na relação sexual	11	13,1
Dor no local	8	9,5
Formação de hematomas	3	3,6
Infecção	2	2,4
Não relatou sintomas	10	11,9
Perda de fezes	1	1,2
Perda de libido	10	11,9
Perda de urina	21	25,0
Você se sente confortável com a cicatriz da técnica?		
Sim	10	20,8
Não	32	66,7
Não especificou	6	12,5

VARIÁVEL	n	%
Você acredita que sua vida sexual foi afetada após o procedimento?		
Sim	26	54,2
Não	16	33,6
Não especificou	6	12,5
De alguma forma, a realização da episiotomia lhe limitou de realizar atividades de vida diária?		
Sim	3	6,3
Não	39	81,3
Não especificou	6	12,5
Total	48	100,0
Grau de satisfação com o procedimento		
0	0	0,0
1	0	0,0
2	0	0,0
3	4	8,3
4	2	4,2
5	9	18,8
6	12	25,0
7	10	20,8
8	3	6,3
9	0	0,0
10	2	4,2
Não especificou	6	12,5
Você fez esse procedimento no âmbito público ou privado?		
Público	41	85,4
Privado	1	2,1
Não especificou	6	12,5

OBS: As participantes poderiam relatar mais de uma complicação.

A análise revela que, das 48 mulheres entrevistadas, uma porcentagem significativa (52,1%) não foi informada antecipadamente sobre a realização da episiotomia.

Além disso, a maioria (77,1%) relatou não ter recebido o direito de opinar sobre o procedimento, e 75,0% não foram informadas sobre os possíveis riscos e complicações.

A alta incidência dessa falta de informação pode ser atribuída a práticas inadequadas de comunicação no contexto obstétrico, onde a ênfase está, muitas vezes, na urgência e na execução do procedimento, em detrimento do direito à informação e ao consentimento informado da paciente.

A não comunicação antecipada sobre a episiotomia e a falta de explicação sobre seus riscos e complicações refletem a abordagem tradicional e autoritária em que as decisões são tomadas pelos profissionais de saúde sem envolver suficientemente a paciente.

Além disso, o fato de muitas mulheres não terem recebido a oportunidade de opinar sobre o procedimento pode estar relacionado a um modelo de cuidado paternalista, que não prioriza a

autonomia e a participação ativa das pacientes nas decisões sobre seu corpo e tratamento.

Corroborando para essa análise, um estudo qualitativo conduzido com mulheres iranianas revelou que muitas se sentiam excluídas dos processos de tomada de decisão durante o parto, particularmente em relação às episiotomias.

O estudo indicou que um número significativo de participantes relatou não ter sido adequadamente informada sobre o procedimento com antecedência, sugerindo um padrão de negligência dos direitos e expectativas das mulheres no atendimento à maternidade¹⁵.

Em relação às complicações pós-procedimento, as pacientes relataram uma variedade de efeitos adversos, com a perda de urina (25,0%) e alterações de sensibilidade (16,7%) sendo os mais frequentemente citados. Sobre a percepção da cicatriz, 66,7% das mulheres expressaram desconforto, e 54,2% acreditaram que sua vida sexual foi afetada após a episiotomia.

Assim como neste estudo, foi realizada uma pesquisa em Bangladesh, onde os resultados revelaram que uma proporção significativa de mulheres não estava ciente dos riscos e benefícios relacionados a procedimentos como a episiotomia. Esse achado evidencia uma tendência mais ampla de falhas na comunicação entre profissionais de saúde e pacientes sobre práticas essenciais no contexto do parto¹⁶.

Quanto à satisfação com o procedimento, apenas 8,3% das mulheres atribuíram uma nota de 3 ou menos, indicando um grau de insatisfação, enquanto a maioria (25,0%) se classificou como satisfeita, atribuindo nota 6. Vale ressaltar que a imensa maioria das mulheres (85,4%) realizou a episiotomia no âmbito público.

Esses dados são fundamentais para compreender a incidência da perineoplastia em relação à episiotomia e seus efeitos na qualidade de vida das mulheres, servindo como base para discussões futuras sobre a prática clínica e a necessidade de maior transparência e comunicação entre profissionais de saúde e pacientes.

Os dados sobre as razões, resultados e complicações associadas à perineoplastia em mulheres que passaram pelo procedimento é evidenciado na Tabela 5. As informações foram coletadas por meio de um questionário, permitindo uma análise abrangente da experiência das pacientes. O total de respostas varia conforme a pergunta, refletindo a quantidade de mulheres que participaram do estudo.

Tabela 5 - Informações sobre Perineoplastia e suas Implicações.

Variável	n	%
Por qual motivo você realizou o procedimento?		
Episiotomia	36	67,9
Prolapso (descida de órgãos pélvicos)	14	26,4
Estético	3	5,7
O procedimento cirúrgico lhe trouxe o resultado esperado?		
Sim	39	88,6
Não	5	11,4
O procedimento foi solicitado por algum profissional?		
Sim	37	84,1
Não	7	15,9
Você sabia o intuito de fazer esse procedimento?		
Sim	43	97,7
Não	1	2,3
Após o procedimento você apresentou alguma complicação, se sim, quais?		
Não apresentou	5	13,5
Dificuldade para evacuar	1	2,7
Dor local	5	13,5
Dormência na região	11	29,7
Perda de urina	14	37,8
Retenção urinária	1	2,7
Durante o processo de recuperação, você apresentou alguma limitação ou dificuldade em realizar atividades de vida diária?		
Sim	22	50,0
Não	22	50,0
Após todo o processo de recuperação, você considera que a cirurgia foi um sucesso total?		
Sim	34	77,3
Não	10	22,7

OBS: As participantes poderiam relatar mais de uma complicação.

Os dados mostram que a maioria das pacientes (67,9%) realizou a perineoplastia devido à episiotomia, indicando uma relação significativa entre esses dois procedimentos. Além disso, uma alta proporção de mulheres (88,6%) reportou que o procedimento atendeu às suas expectativas. As complicações mais frequentemente relatadas foram perda de urina (37,8%) e dormência na região (29,7%), o que sugere áreas que podem demandar atenção na recuperação e acompanhamento pós-operatório.

A alta incidência de perineoplastia em mulheres que passaram por episiotomia pode ser explicada pela necessidade de reparação do períneo após o trauma causado pela episiotomia durante o parto e a elevada proporção de mulheres que reportaram que o procedimento atendeu às suas expectativas pode refletir a eficácia percebida da perineoplastia em melhorar a qualidade de vida e aliviar sintomas relacionados ao pós-parto, como desconfortos ou dificuldades nas atividades diárias.

As complicações relatadas, como perda de urina e dormência na região são efeitos adversos conhecidos e podem ser resultado de danos ao tecido nervoso ou muscular durante o procedimento. Esses resultados ressaltam a importância de considerar a relação entre episiotomia e perineoplastia, bem como a necessidade de um acompanhamento pós-operatório eficaz, onde monitoramento cuidadoso e a comunicação clara sobre os riscos e benefícios associados são fundamentais para otimizar a experiência e a recuperação das pacientes, contribuindo para melhores resultados em saúde e bem-estar.

CONCLUSÃO

O presente estudo teve como objetivo identificar a perineoplastia e sua relação com a episiotomia, com foco na prevalência e nas implicações desses procedimentos para a saúde das mulheres. Os dados obtidos revelaram uma prevalência significativa da perineoplastia, com 67,9% das participantes realizando o procedimento devido à episiotomia, evidenciando uma correlação importante entre esses dois tratamentos. A pesquisa também demonstrou que a maioria das mulheres esteve satisfeita com os resultados da perineoplastia, embora algumas tenham apresentado complicações, como perda de urina e dormência, destacando a necessidade de cuidados pós-operatórios adequados.

O estudo reforça, ainda, a importância de aprofundar a compreensão sobre os efeitos da episiotomia e da perineoplastia, especialmente no que diz respeito ao impacto na qualidade de vida das mulheres. Diante dos dados obtidos, é fundamental que futuros estudos na área tragam informações mais atuais e detalhadas, a fim de contribuir para a evidência científica sobre essas práticas e, assim, aprimorar as estratégias de cuidado e tratamento no contexto obstétrico.

REFERÊNCIAS

1. Furnas HJ, Canales FL. Vaginoplasty and Perineoplasty. *Plastic and Reconstructive Surgery - Global Open*. 2017 Nov;5(11):e1558.
2. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2017 Feb 8;2(2).
3. Mendes E de PB, de Oliveira SMJV, Caroci A de S, Francisco AA, Oliveira SG, da Silva RL.

Pelvic floor muscle strength in primiparous women according to the delivery type: cross-sectional study 1. Revista Latino-Americana de Enfermagem [Internet]. 2016 Aug 15;24.

4. Şimsek A, Ateş M, Dirican A, Özgör D. A surgical technique for secondary repair of obstetric anal sphincter injuries; sphinctero-vagino-perineoplasty. Journal of Turkish Society of Obstetric and Gynecology. 2018 Dec 1;15(4):249–53.
5. Çobanoğlu, A, Şendir M. Evidence-Based Practices in Episiotomy Care. Florence Nightingale hemşirelik dergisi/Florence nightingale hemşirelik dergisi. 2019 Apr 9;27(1):48–62.
6. BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde [Internet]. Available from: http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Diretrizes/DDT_Assistencia_PartNormal.pdf.
7. Zanella, LPH. Metodologia de Pesquisa [Internet]. 2013. Available from: https://faculdefastech.com.br/fotos_upload/2022-02-16_10-05-41.pdf.
8. Michel, M.H. (2009) Metodologia e Pesquisa Científica em Ciências Sociais Um Guia Prático para Acompanhamento da Disciplina e Elaboracao de Trabalhos Monograficos. 2nd Edition, Atlas, Sao Paulo. - References - Scientific Research Publishing [Internet]. Scirp.org. 2019 [cited 2024 Nov 22].
9. İnan, MCAC, Sağır, AÖFG, Özbek, HD Ö, et al. Assessment of the Effects of Perineoplasty on Female Sexual Function. Balkan Medical Journal [Internet]. 2015 Jul [cited 2024 Nov 22];32(3):260–5. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/pub/bmj/issue/41517/501636>
10. Nascimento, JDP. Repercussões e Percepções de Mulheres Submetidas à Episiotomia. Dissertação. Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia-GO. 2018. 66 f.
11. Alves AM, Cirqueira RP. Sintomas do Vaginismo em Mulheres Submetidas à Episiotomia. ID on line Revista de Psicologia. 2018 Dec 18;13(43):329–39.
12. Muniz, L. Manifestações extra intestinais de espectros da doença inflamatória intestinal em crianças e adolescentes: artigo de revisão. Repositorioufcb [Internet]. 2019 [cited 2024 Aug 9].
13. Dillon SJ, Nelson DB, Spong CY, McIntire DD, Leveno KJ. Episiotomy: Evolution of a Common Obstetric Practice at a Public Hospital. American Journal of Perinatology. 2021 Dec 2.
14. Serrão. TDR. Taxa de episiotomias em uma maternidade pública de média e alta complexidade no estado do pará. Biodiversidade [Internet]. 2019 [cited 2024 Nov 22];18(3).
15. Ghasvand, M. Nahidi, F, Mobarakabadi, SS. Majd, HA. Iranian women's experiences of the episiotomy consent process: a qualitative study. 2023 Feb 2;31(2):90–8.
16. Karim MA, Ahmed SI, Ferdous J, Islam BZ, Tegegne HA, Aktar B. Assessing informed consent practices during normal vaginal delivery and immediate postpartum care in tertiary-level hospitals of Bangladesh. European Journal of Midwifery. 2019 May 21;3(May).

Incontinência Urinária causada exclusivamente pela Hiperatividade dos Músculos do Assoalho Pélvico



Gustavo F. Sutter Latorre¹, Priscila Moura e Silva², Francieli A. Pereira da Silva³, Noemir A. dos Santos Moreno⁴, Manuela Oliveira de Andrade⁴, Lummy M. Campos Ogawa⁶, Kauane Pazeto de Brito⁶, Renata Verissimo Cabral⁷, Maria das Graças Araujo⁸, Francine Buckell⁹, Amanda Hintz do Nascimento¹⁰, Gabriele C. Bernardo Roque¹¹, Laura Pelizzoni¹², Vitória Romão¹³, Josiane Lopes¹⁴, Thaís J. Taborda Barcellos¹⁵ e Alessandra Ayala¹⁶

Submissão: 30/10/2024

Aceite: 05/12/2024

Publicação: 30/12/2024

RESUMO

Panorama: Dentre as diversas causas de incontinência urinária (IU) está a hiperatividade do assoalho pélvico, mas não existem dados estatísticos a respeito. **Objetivo:** Estudar a IU causada exclusivamente por hiperatividade do assoalho pélvico e testar a eficiência de um protocolo de liberação miofascial (LM) para tanto. **Método:** Estudo retrospectivo de diversos consultórios, levantando tempo de prática com o protocolo testado, total de pacientes com IU atendidas, número destas que foram curadas somente por LM e máximo de sessões para a alta. Percentual de cura foi calculado a partir do total de pacientes em relação ao total de curas. Correlação entre experiência vs cura e experiência vs número de sessões foi calculada pelo coeficiente de Spearman. **Resultados:** Dados de 32 consultórios foram incluídos. Média de experiência nas técnicas foi $14,9 \pm 13$, total de pacientes com IU 1.814, destas 1.275 (70,2%) apresentaram IU exclusiva por hiperatividade, necessitando uma média de $5,8 \pm 1$ sessões para a alta. **Conclusão:** A atual classificação de IU não faz sentido e necessita substituição. IU de dois terços da população vem da hiperatividade do assoalho pélvico. A LM testada foi eficiente e excelente na cura deste tipo de a IU.

ABSTRACT

Background: Pelvic floor overactivity (PFO) in one of various causes for urinary incontinence (UI), but there are no statistical data on it. **Aims:** To study UI caused exclusively by PFO and to test the efficiency of a myofascial release protocol (MRP) for that. **Method:** Retrospective study of many clinics, surveying time of practice with the tested MRP, total number of patients with UI treated, number of these who were cured only by the MRP and maximum number of sessions for cure. The percentage of cure was calculated from the total number of patients in relation to the total number of cures. Correlation between experience vs. cure and experience vs. number of sessions was calculated by Spearman's coefficient. **Results:** Data from 32 practices were included. Average experience was 14.9 ± 13 , total number of patients with UI was 1,814, of which 1,275 (70.2%) had UI exclusively due to PFO, requiring an average of 5.8 ± 1 sessions for discharge. **Conclusion:** The current classification of UI makes no sense and needs to be replaced. Two in every three people has UI caused exclusively by PFO. The tested LM was efficient and excellent in curing this type of UI.

¹ Fisioterapeuta pélvico, doutor em medicina (UFRP). Portal Perineo.net, Florianópolis, SC. gustavo@perineo.net
²⁻¹⁶ Fisioterapeuta pélvica, ² Picos/PI: primoura00@gmail.com; ³ João Pessoa/PB: fisio.francielypereira@gmail.com; ⁴ Feira de Santana/BA: lummyogawa@hotmail.com e manueleandrade@hotmail.com; ⁵ Barcarena/PA: lummyogawa@hotmail.com; ⁶ S.J. dos Quatro Marcos/MT: cacau.fisio2021@gmail.com; ⁷ São Paulo/SP: renataverissimo.fisio@gmail.com; ⁸ Jaguaribe/CE: mdgafisio@hotmail.com; ⁹ São Marcos/RS: frann.buckell@hotmail.com; ¹⁰ Joinville, SC, ¹¹ Bauruj/SP: gabriele_bernardo@hotmail.com ¹²Tapejara/RS; ¹³Curitiba/PR, ¹⁴ Guarapuava/PR: jolopes@unicentro.br ¹⁵ Guairá/PR: thaisbarcellos.micro@gmail.com; ¹⁶ Florianópolis/SC: alessandra@perineo.net

INTRODUÇÃO

Apesar de não ser mais a líder das queixas principais que trazem pacientes aos consultórios e clínicas de fisioterapia pélvica, atrás apenas da dor genital, a incontinência urinária (IU) ainda é responsável por boa parte do movimento de nossos estabelecimentos. Trata-se de um problema não apenas cinesiológico-funcional, relacionado ao mal funcionamento dos músculos do assoalho pélvico¹, mas particularmente um problema de saúde pública, tanto pelas complicações higiênicas, psicológicas e sociais que causa, quanto aos elevados custos aos sistemas de saúde².

Dentre as principais causas de IU estão a falha funcional dos músculos do assoalho pélvico³. Assim, desde 2005 o treinamento muscular do assoalho pélvico é considerado padrão ouro no tratamento da IU³. A *International Consultation on Incontinence*, órgão internacional máximo no assunto, reconhece este treinamento como tratamento de primeira-linha, baseado em evidência, aconselhando que seja sempre tentado antes de qualquer cirurgia ou tratamento farmacológico⁴. São descritos hoje treinamento de força, potência, endurance, coordenação motora, propriocepção e reprogramação da pré-contração¹. Estes treinos são direcionados de acordo com os respectivos diagnósticos cinesiológico-funcionais, que apontam em qual função estes músculos estão falhando.

Todavia, além dos diagnósticos funcionais de hipoatividade (falha na força), impercepção (falha na propriocepção), incoordenação (falha na coordenação) e desprogramação (falha da pré-contração), existe ainda mais um. A hiperatividade do assoalho pélvico como um todo (não só de seus músculos), pode ser definida pela presença, à avaliação funcional, de contraturas musculares ou aderências conectivas⁵, que acarretam diminuição da capacidade de relaxamento e, portanto, da contração dos respectivos músculos, e conseqüentes sequelas sobre as funções urinária, sexual e evacuatória^{6,7}, que dependem diretamente da boa função desta musculatura.

Mas a hiperatividade não é apenas mais um dos diagnósticos funcionais do assoalho pélvico: é, de longe, o mais frequente. Sabe-se hoje que a maioria absoluta (85%) das pessoas que buscam consultórios de fisioterapia pélvica, tanto públicos quanto particulares, apresentam assoalho pélvico hiperativo⁶. Apesar de esta estatística abranger pacientes com qualquer queixa, inclusive dor, uma parte deste público chegou aos consultórios por causa da IU. No entanto, ainda inexistem estudos apresentando a quantidade de pacientes, especificamente com IU, que buscam ajuda nos consultórios de fisioterapia pélvica. Sabemos, clinicamente, que eles chegam. Mas quantos? Estudos respondendo a esta questão serão bem vindos.

Mas independente de quantas pessoas com IU buscam nossos consultórios, sabemos que três de cada quatro destes pacientes, independentemente da queixa, apresentam assoalhos hiperativos. É provável, portanto, que uma boa parte, senão a maioria de nossos pacientes de IU também tenham assoalhos hiperativos e, não somente isso, é possível que boa parte dos casos de IU sejam até mesmo causados por esta hiperatividade, considerando-se que as sequelas urinárias são comuns em assoalhos disfuncionais. E hiperatividade é uma disfunção.

Como toda hipótese, por melhor que seja, necessita suporte empírico (observação de campo) para ser sustentada, os objetivos do presente estudo são, portanto, o levantamento de dados estatísticos sobre o percentual de pacientes com IU atendidos em consultórios de Fisioterapia Pélvica, bem como do percentual de pacientes que apresentou IU causada exclusivamente por hiperatividade do assoalho pélvico.

MÉTODO

Trata-se de um estudo retrospectivo, realizado a partir dos dados epidemiológicos dos bancos de fisioterapeutas pélvicas de todo o território nacional. Este desenho dispensa parecer de ética, de acordo com a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, Art. 1º, inciso V. Os objetivos foram descrever as relações entre a hiperatividade do assoalho pélvico e a IU, bem como de estudar os resultados de um protocolo de liberação miofascial, quando utilizado especificamente no tratamento da incontinência urinária (IU). Este protocolo é iniciado com sessões de liberação miofascial de músculos e fáscias^{5,7}, até que não existam mais contraturas musculares ou aderências conectivas⁵, para só então ser iniciado o treinamento dos músculos do assoalho pélvico. Noutros termos, não são iniciados quaisquer exercícios para o assoalho pélvico antes de que seja completado o tratamento com liberação miofascial pura. É esta primeira etapa, antes do treinamento, o objeto do presente estudo.

Para tanto, fisioterapeutas pélvicas, que trabalham com as técnicas latorreanas de liberação miofascial, foram convidadas via redes sociais (Gustavo Latorre Cursos) para, caso houvesse interesse, voluntariarem-se para participar enviando dados de seus bancos próprios, sob a forma de dados estatísticos anônimos. Foram solicitados 1) tempo de experiência desde a formação nas técnicas de liberação miofascial latorreanas, 2) total de pacientes com IU atendidas neste mesmo período, 3) quantas destas mesmas pacientes estavam sem queixas após as sessões de liberação

miofascial e 4) qual foi o maior número sessões de liberação necessárias para a regressão da incontinência. Os dados foram enviados via formulário eletrônico na plataforma Google Forms®, sem nomes ou quaisquer indicações de pacientes nem o nome da fisioterapeuta; apenas os dados estatísticos tabulados como descritos acima. A coleta de dados aconteceu entre o segundo e o sexto dias do mês de outubro de 2024.

Os dados foram organizados numa única tabela, para posterior análise. Relatórios com dados parciais, incompletos ou ambíguos foram excluídos da análise, bem como os dados de gestantes. Estatística descritiva foi aplicada ao banco de dados final. O percentual de cura foi calculado a partir do número de pacientes com IU curadas em relação ao número total de pacientes com IU atendidas no período. Estes percentuais foram então estratificados em quatro categorias: 0-24%, 25-49%, 50-74%, 75-100%. A correlação entre o tempo de experiência e o percentual de cura, bem como entre experiência profissional com as técnicas e número máximos de sessões necessárias para cura, foram calculadas com o auxílio do coeficiente de Spearman. Foi considerada IU causada exclusivamente por hiperatividade do assoalho pélvico os casos onde a IU foi totalmente curada (ausência total da queixa e alta da paciente) unicamente por meio das técnicas de liberação miofascial, sem qualquer outro tipo de treinamento ou outro tipo de técnica associada.

RESULTADOS

Voluntariaram-se ao estudo 42 fisioterapeutas pélvicas de todas as regiões do país, todas formadas nas técnicas latorreanas de liberação miofascial. Destas foram excluídos os dados de dez, de acordo com os critérios metodológicos, resultando num total 32 relatórios, apresentados na tabela 1.

A média do tempo de experiência das profissionais foi de $14,9 \pm 13$ meses, com máxima de 48 e mínima de um. O número total de pacientes com IU atendidos por todas elas, desde a formação com as técnicas estudadas, foi de 1.814 pessoas. Destas, 1.275 (70,2%) não apresentavam mais IU após as sessões iniciais de liberação miofascial, tendo sua queixa sido curada exclusivamente pela liberação miofascial, sem necessidade de qualquer outro tipo de técnica ou treinamento posterior. A média de sessões de liberação necessárias para a cura completa (ausência dos sintomas de perda durante as AVDs) foi de $5,8 \pm 1$ sessões, sendo o máximo 8 e o mínimo duas sessões.

Pouco mais da metade das profissionais (53,1%) conseguiu curar ao menos a metade de suas

pacientes de IU exclusivamente com liberação miofascial. Uma em cada quatro delas (25%) conseguiu curar 90% de suas pacientes e, destas, quatro (12,5%) conseguiram curar a IU de todas as suas pacientes a partir da liberação miofascial exclusiva.

Não houve correlação entre o tempo de experiência no uso das técnicas com o percentual de pacientes curados ($p=0,5$), mas houve correlação significativa entre o tempo de experiência e o número máximo de sessões necessárias ($p=0,03$): profissionais mais experientes deram alta mais cedo para as suas pacientes.

Tabela 1: Dados estatísticos sobre IU e liberação miofascial enviados pelas fisioterapeutas pélvicas.

Experiência ¹ (meses)	N ² (ptes. IU)	n ³ (ptes. curadas)	%	n Sessões ⁴ (para alta)	
1	14	13	92,8	6	
7	55	50	90,9	5	
12	40	18	45	4	
20	202	152	76	4	
4	3	1	33,3	6	
4	8	4	50	7	
13	69	30	42,8	5	
7	10	3	30	4	
24	15	14	93,3	8	
8	6	6	100	4	
12	7	2	28,5	7	
6	7	4	57,1	5	
48	380	380	100	7	
26	5	2	40	7	
18	13	9	69,2	6	
29	99	80	80	8	
1	3	1	33,3	3	
16	40	12	30	6	
3	4	2	50	6	
36	98	90	90	5	
3	45	8	17,7	4	
24	25	6	24	2	
30	32	12	40	8	
12	37	37	100	8	
12	2	2	100	6	
12	6	2	33,3	6	
1	10	6	60	4	
48	492	295	60	8	
3	2	1	50	8	
3	19	6	30	4	
12	11	2	20	8	
24	50	20	40	8	
Total:	14,9*	1.814	1.275	70.2*	5,8*

¹ Experiência em meses desde que começou a usar as técnicas estudadas.

² Número total de pacientes com IU atendidos desde que começou as técnicas.

³ Número total de pacientes com IU que se apresentaram sem queixas logo após as técnicas de liberação.

⁴ Número máximo de sessões de liberação necessárias para acabar com a queixa de IU.

* Média.

DISCUSSÃO

Apesar de ser o tema mais antigo da saúde pélvica, os critérios para definição da incontinência urinária (IU) parecem longe de serem consistentes. Recentemente, Della Justina (2013) mostrou que os estudos de prevalência da IU no Brasil apresentam taxas que variam de 5,8% a 72%, ou seja, uma variação de mais de 700%! Isto significa que, ou as ferramentas para avaliação da IU têm confiabilidade duvidosa (não avaliam realmente a IU), ou que há uma diferença absurda na validade destas ferramentas entre si (ferramentas diferentes não falam a mesma língua), ou então que os próprios conceitos e critérios que definem o que é IU que é que são o maior problema.

Mas como poderiam as definições de o que é incontinência urinária erradas? Há quase um século se define incontinência como a perda “involuntária” de urina⁴, classificada de acordo com os sintomas nos tipos ‘de esforço’ (IUE), ‘de urgência’ (IUU) e ‘mista’ (IUM)⁴. Algo tão antigo poderia estar errado? Claro que sim. A ‘Santa Inquisição’ que o diga.

Sem desperdiçar tempo útil discutindo o paradoxo da “perda involuntária” (como se fosse possível *perder* alguma coisa de forma voluntária), podemos nos focar nos enferrujados tipos de IU. Eventualmente a classificação em IUE, IUU e IUM não vai funcionar, de acordo com as próprias ICS (International Continence Society) e ICI (International Consultation on Incontinence)⁴: há um tipo particular de incontinência de urgência, a urgência induzida pelo esforço, que causa urgência mas acontece durante aumentos na pressão intraabdominal⁴. O grande problema é que a “definição” de IUE é justamente a perda que *acontece durante aumentos da pressão intra-abdominal*, enquanto a definição de IUU é *aquela que acontece durante episódios de urgência miccional*⁴. Tudo bem. É só classificar então a tal ‘urgência induzida por esforço’ como *incontinência mista*. Que saída elegante!

O problema é que nem toda paciente com IUM apresenta urgência induzida por esforço, e vice-versa⁸, e quem tenta estudar por aí, acaba mais perdido que cachorro em procissão. Por exemplo, pacientes com IUM apresentam “tipos distintos e heterogêneos de perda urinária”⁸ ou, noutros termos, dentro da IUM existem ainda vários subtipos que não podem ser classificados numa única categoria. Classificar é separar em categorias: feijão preto num pote, vermelho num outro e marrom num outro. A atual “classificação” dos tipos de IU mais parece estar pegando vários potes, colocando punhados aleatórios de feijões de todas as cores e colocando nomes nos potes.

E quanto ao tratamento? Será que, depois de cozinhar, a feijoada vai dar certo? Como

funcionará o tratamento de condições que sequer sabemos classificar? Se não classificamos, IU é tudo a mesma coisa. Será? IUE, IUU e IUM são sintomas. Tratar sintomas funciona? O tratamento para IUM deve ser simples: basta aplicar as técnicas para IUE somadas às técnicas para IUU, e pronto. Será?

Vejamos. A complacência vesical é uma variável importante na avaliação e tratamento de disfunções urinárias, e quando corretamente avaliada é fundamental para um tratamento clínico apropriado⁹. Complacência normal significa um volume (ou tamanho) normal para a bexiga. Quando este volume está acima do normal (bexiga muito grande, hiperdistendida), chamamos *bexiga hipercomplacente*¹⁰. Já o oposto, quando a capacidade volumétrica do detrusor está reduzida (detrusor pequeno, encurtado), é chamado *bexiga hipocomplacente*¹¹.

Pois bem. As pessoas com uma bexiga hipercomplacente (hiperestendida), que apresentam, portanto, urgência durante os episódios de transbordamento, têm então IUU. Mas quando estas mesmas pessoas relatam perder alguma urina durante risadas ou espirros, elas têm IUE. Então, no fim, é só chamar de IUM, e tudo bem. Mas, agora, e quanto às pessoas com bexiga hipocomplacente (pequena), que perdem urina tanto por transbordamento, sentindo urgência ao correr para o banheiro, quanto sentadas assistindo televisão, durante uma risada? Elas também têm IUM. E agora? O tratamento deverá ser o mesmo? Mesmo que se trate de duas condições não só absolutamente diferentes mas, muito pior, completamente opostas? Um detrusor hipercomplacente (muito grande) precisa, obviamente, diminuir de tamanho. Enquanto isso, um detrusor hipocomplacente (muito pequeno) necessita aumentar de tamanho. Como é possível que o tratamento destas duas condições seja absolutamente o mesmo!?

Ao que parece, a moribunda classificação das incontinências urinárias precisa ser revisada e, provavelmente, completamente abandonada e substituída por outra melhor. Talvez o maior problema esteja no conceito de tratar sintomas. Um paciente que chega com dor na coxa deve receber anestésico? Isso é tratar sintomas. Ou será que o tratamento deve ser feito a partir de uma avaliação que revelou qual o problema neste joelho (uma contratura no m. vasto lateral, por exemplo), para depois tratar exatamente o problema (liberação miofascial e alongamentos daquele músculo em particular)?

No caso acima, com anestésicos a dor (sintoma) vai sumir, mas não por muito tempo. O “tratamento” não resolveu o problema. Por quê? Porque a **causa** não foi tratada. E como se trata a

causa? Somente depois de uma avaliação que revele, justamente, a causa! Se este raciocínio está correto, então não deveríamos AVALIAR pacientes que perdem urina durante esforços (um **sintoma**), para saber se tal perda está sendo causada por falha nos levantadores do ânus, no detrusor, no rabdosfíncter, na mucosa uretral ou em qualquer uma das várias outras estruturas que devem manter a urina dentro da bexiga durante os aumentos de pressão intra-abdominal, como os esforços diários? E, a partir daí, o tratamento não deveria ser direcionado, precisa e objetivamente, para as estruturas que estão **causando** aquela queixa? É claro que sim. E esta ideia não têm absolutamente nada de nova: trata-se do processo de **diagnóstico cinesiológico-funcional**¹², utilizado há anos por fisioterapeutas brasileiras, e que realmente reflete a prática baseada em evidências¹³. Sua fórmula responde a duas perguntas: 1) qual estrutura está causando a queixa; e 2) qual o tipo de disfunção que esta estrutura está apresentando.

O tratamento deve ser desenhado e realizado sobre o diagnóstico cinesiológico-funcional que, por sua vez, é independente da queixa^{12,13}. Noutros termos, a queixa não tem nada a ver com o diagnóstico e, por consequência, nada a ver com o tratamento. Trata queixas para lá na frente chutar técnicas, só vai resolver o problema na base da sorte. Mas tratar seres humanos na base da loteria não é nada responsável.

Talvez já esteja mais do que na hora de surgir uma classificação cinesiológico-funcional para as disfunções urinárias, não só incontinências, mas também as retenções urinárias. Uma classificação que leve em conta as causas de ambas estas queixas: quais estruturas estão relacionadas à causa das queixas, e quais disfunções estas estruturas estão apresentando. Por exemplo, uma IU causada por falha na **estrutura** mm. puboviscerais, que apresentaram a **disfunção** hipoatividade. Isto é diagnóstico cinesiológico-funcional: hipoatividade (disfunção) dos puboviscerais (estrutura). O tratamento? Aí sim: fácil e preciso: reforço dos puboviscerais. Neste caso. Em específico. Vai funcionar porque é prática baseada em evidências – o exato oposto de prática baseada na tentativa e erro de técnicas aleatórias.

Outro diagnóstico cinesiológico-funcional de pacientes com a queixa de IU é, como demonstramos no presente estudo, aquele onde a queixa está associada à hiperatividade (disfunção) dos músculos e fâscias (estruturas) do assoalho pélvico. Hiperatividade é tratada com liberação miofascial¹⁴, e existem hoje técnicas de alta performance tanto para o tratamento da hiperatividade das fâscias, quanto dos músculos do assoalho pélvico⁷.

No presente estudo demonstramos não apenas que a hiperatividade do assoalho pélvico pode estar correlacionada à incontinência urinária, mas que esta hiperatividade pode ser, por si só, a causadora de IU para a maioria das pessoas. Todos os 32 consultórios avaliados receberam pacientes cujas queixas de IU eram causadas exclusivamente por hiperatividade do assoalho pélvico, observação comprovada pelo fato de apenas o tratamento para hiperatividade (liberação miofascial) ter regredido por completo os sintomas de IU, culminando na alta de 70,2% das pacientes.

A hiperatividade do assoalho pélvico é responsável pelas queixas de IU de duas em cada três pessoas. Portanto, a liberação miofascial dos músculos e fáscias do assoalho pélvico, a partir de técnicas eficientes e baseadas em evidência, deve constituir a primeira linha de tratamento para estas pacientes, antes mesmo do treinamento do assoalho pélvico. Mesmo porque, treinar músculos hiperativos não é a opção terapêutica mais inteligente: a liberação miofascial existe exatamente para este fim. A liberação miofascial antes do treinamento melhora o desempenho do treino em si¹⁵.

Enquanto oito em cada dez das pessoas que buscam fisioterapia pélvica (85%) apresentam assoalhos pélvicos hiperativos⁶, três em quatro delas (70,2%) apresentam IU causada por esta mesma hiperatividade. Para todas estas existem técnicas de liberação miofascial altamente eficientes⁷. O protocolo de liberação miofascial utilizado no presente estudo⁷ apresentou cura da IU (para as pacientes cuja IU era exclusivamente causada por hiperatividade) em uma média de seis atendimentos ($5,8 \pm 1$ sessões), representando eficácia, eficiência e alta performance na solução do problema.

Não houve correlação entre o tempo de experiência da profissional com as técnicas em questão e a quantidade de pacientes curadas ($p=0,5$). Esta observação é consistente com o fato de que nem todas as pacientes com IU atendidas no período do estudo tinham IU por hiperatividade do assoalho pélvico. Boa parte dos casos provinha de impercepção, hipoatividade, incoordenação ou desprogramação do assoalho pélvico, algumas advinham de falhas no rabdosfíncter e outras ainda da falha dos outros mecanismos intrínsecos do fechamento uretral, como a mucosa, os vasos e a própria musculatura lisa uretral, isso sem falar dos problemas inerentes à própria bexiga, como hiperatividade e hipoatividade do detrusor. Cada um destes diagnósticos funcionais foi revelado por um minucioso processo de avaliação, até o estabelecimento de uma lista das estruturas em situação de falha e das disfunções presentes em cada uma delas. Apenas uma parcela dos casos estudado (muito embora a maior parcela; 70,2%) advinda da hiperatividade dos levantadores, uma estatística independente da

experiência de quem atende. Por mais experiente que fosse a profissional com o protocolo, a quantidade de pacientes que deixou seu consultório curada apenas pela liberação miofascial, foi apenas a parcela de pacientes cuja IU era causada única e exclusivamente pela hiperatividade do assoalho pélvico. Todas as outras necessitaram treinamento posterior, fosse do assoalho pélvico, fosse vesical, fosse comportamental...

Houve grande variação quanto ao tempo de experiência das profissionais no uso das técnicas latorreanas de liberação, que oscilou de um mês a quatro anos. Porém, todas elas obtiveram sucesso na cura da IU por hiperatividade, desde a profissional menos experiente até a mais veterana. No entanto, houve correlação significativa entre o tempo de experiência e o número máximo de sessões necessárias ($p=0,03$) para a cura. Isto pode ser explicado pelo fato de que, para se fazer uma boa fisioterapia, é fundamental conhecer a teoria, mas, em última instância, aplicar fisioterapia é aplicar técnica e arte: duas coisas que vão sendo aperfeiçoadas com o tempo e a experiência. Há quem diga que, para dominar completamente uma técnica, é preciso repeti-la por pelo menos 10.000 vezes¹⁶. Pode ser. Independentemente de o quanto, o fato é que, quanto mais treinamos, melhor realizamos trabalhos técnicos. E, como pode confirmar qualquer artista, o mesmo vale para qualquer tipo de arte, seja a música, a pintura, a escultura, ou a fisioterapia pélvica. Cada hora a mais de experiência na vida de uma fisioterapeuta pélvica, nada mais é do que uma hora a mais de aperfeiçoamento naquelas habilidades que são capazes de, literalmente, remover com as mãos o sofrimento de tantos seres humanos. Uma missão de vida e tanto!

CONCLUSÃO

A atual classificação dos tipos de incontinência urinária baseada em sintomas (IUE, IUU e IUM) não faz sentido do ponto de vista técnico nem científico, leva a tratamentos aleatórios, com base na sorte e, portanto, deve ser abandonada. Uma nova classificação cinesiológico-funcional das disfunções urinárias se faz urgente. Para um tratamento preciso e baseado em evidência, é preciso que este seja guiado por um diagnóstico cinesiológico-funcional rigorosamente estabelecido.

A IU é causada exclusivamente por hiperatividade do assoalho pélvico para duas de cada três pessoas, portanto, todo protocolo de tratamento de IU de causas cinesiológico-funcionais (disfunções de músculos, fáscias, arcos medulares, controle de movimento etc.) deve iniciar, antes de qualquer treinamento, por liberação miofascial. Deste modo, mais de 70% das pacientes estará livre dos

sintomas e receberá alta completa logo no início do tratamento. Protocolos de liberação miofascial específicos para o assoalho pélvico são imprescindíveis.

O protocolo de liberação miofascial testado apresentou alta performance no tratamento da IU por hiperatividade do assoalho pélvico, sendo necessárias uma média de $5,8 \pm 1$ sessões (uma semana) para a regressão completa das queixas urinárias e alta da paciente. Quanto mais experiente é a profissional na aplicação do protocolo em questão, mais rápidos são os resultados.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos o zelo e capricho das 32 fisioterapeutas pélvicas, apaixonadas por sua profissão e pela prática baseada na evidência, sem as quais o presente estudo não poderia ter sido levado à cabo. Parabéns novamente, time! É uma honra para este autor poder se considerar colega de vocês. A #familiadafisioterapiapelvica agradece toda a dedicação e profissionalismo da #familiaintensivao. Produzir ciência é produzir saúde, e tornar essa saúde acessível à toda população, de forma democrática e com equidade. Obrigado.

REFERÊNCIAS

1. Latorre GFS, Fraga R, Seleme MR, Mueller CV, Berghmans B. An ideal e-health system for pelvic floor muscle training adherence: Systematic review. *Neurourology and Urodynamics*. 2018;1–18. <https://doi.org/10.1002/nau.23835>.
2. Seleme M. Incontinência urinária: um problema social de saúde pública. Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Rio de Janeiro para obtenção do grau de Doutor. UFRJ, 2006. 245 p.
3. Bø K, Berghmans B, Mørkved S, Van Kampen M. Evidence-Based Physical Therapy for the Pelvic Floor: Bridging Science and Clinical Practice. 2 ed. London: Churchill Livingstone (2015) 446 p.
4. Cardozo L, Rovner E, Wagg A, et al. The Book of Incontinence. 7th International Consultation on Incontinence – ICI (2023) 2205 p.
5. Latorre GFS. Nova classificação etiológica e funcional para as dores genitais femininas, masculinas e infantis. *Rev Bras Fisiot Pelvica* (2021) 1(2)71-82. DOI: 10.62115/rbfp.2021.1(2)71-82.
6. 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. DOI: 63 10.62115/rbfp.2022.2(2)63-70.

7. 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. DOI: 10.62115/rbfp.2022.2(3)5-15.
8. Minassian VA, Yan XS, Pitcavage J, Stewart WF. Mixed Incontinence Masked as Stress Induced Urgency Urinary Incontinence. J Urol. 2016 Oct;196(4):1190-5. doi: 10.1016/j.juro.2016.04.084. Epub 2016 May 6. PMID: 27157370; PMCID: PMC5025340.
9. Wyndaele JJ, Gammie A, Bruschini H, De Wachter S, Fry CH, Jabr RI, Kirschner-Hermanns R, Madersbacher H. Bladder compliance what does it represent: can we measure it, and is it clinically relevant? Neurourol Urodyn. 2011 Jun;30(5):714-22. doi: 10.1002/nau.21129. PMID: 21661019.
10. Wang J, Yang B, Zhang W, Sun S, Wang J, Zhang Y. The relationship between bladder storage function and frequent micturition after TURP. World J Urol. 2022 Aug;40(8):2055-2062. doi: 10.1007/s00345-022-04079-z. Epub 2022 Jul 1. PMID: 35778576.
11. Harris RL, Cundiff GW, Theofrastous JP, Bump RC. Bladder compliance in neurologically intact women. Neurourol Urodyn. 1996;15(5):483-8. doi: 10.1002/(SICI)1520-6777(1996)15:5<483::AID-NAU5>3.0.CO;2-B. PMID: 8857616.
12. COFFITO. Classificação Brasileira de Diagnósticos Fisioterapêuticos. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/wp-content/uploads/2022/10/ANEXO-1-CBDF-PRINCI%CC%81PIOS-E-FORMATAC%CC%A7A%CC%83O.pdf> Acesso em 04/12/24.
13. Klein GF. O diagnóstico cinesiológico funcional e o futuro da Fisioterapia no Brasil. Revista FT. 2012: abril. <https://revistaft.com.br/o-diagnostico-cinesiologico-funcional-e-o-futuro-da-fisioterapia-no-brasil/>.
14. Pereira CMS, Monteiro ER, Oliveira AS. (2021). Abordagem fisioterapêutica em paciente com lesão do nervo torácico longo dor associada à discinesia escapular: relato de caso. *RBPFE-Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício*, 15(98), 467-473.
15. Cavalcante TM. Efeito agudo da liberação miofascial na ativação muscular do movimento de snatch/arranco. 2023. Tese de Doutorado.
16. Gladwell M. Outliers: The Story of Success. 1 ed. Back Bay Books (2011) 336 p.

Indicadores de retorno ao exercício físico após um ano do parto



Ana Júlia do Nascimento Magalhães¹, Ane Caroline de Freitas Alves¹,
Greice Lanna Sampaio do Nascimento²

RESUMO

Panorama: A gravidez é um período marcado por mudanças físicas e emocionais e a prática de exercícios é benéfica quando realizadas com intensidade leve a moderada. **Objetivo:** analisar os fatores indicativos do retorno do exercício físico no período do puerpério remoto a um ano na cidade de Pedreiras, MA. **Método:** Mulheres maiores de 18 anos, alfabetizadas, que tiveram parto no período de 45 dias a um ano, atendidas em uma das duas principais UBS local responderam aos questionários PPAQ e QAFG. **Resultados:** O maior número de mulheres que retornou a prática de exercício logo após o parto foi de estudantes (14,8%), com gestação única e parto (29,5%), e aquelas que já praticavam exercícios físicos antes da gestação (77,1%). **Conclusão:** Mulheres que mantinham uma rotina regular de exercício físico antes da gravidez apresentaram maior frequência de retorno aos exercícios após o puerpério, o que reforça a importância de fomentar hábitos saudáveis e uma cultura de autocuidado, antes e após o nascimento dos filhos.

ABSTRACT

Background: Pregnancy is a period marked by physical and emotional changes, and exercise is beneficial when performed at a light to moderate intensity. **Aims:** to analyze the factors that influence the return to physical exercise in the postpartum period from one year to one year in northwest Brazil. **Method:** Women over 18 years of age, literate, who gave birth in the period from 45 days to one year, treated at one of the two main local UBS answered the PPAQ and QAFG questionnaires. **Results:** The largest number of women who returned to exercise soon after delivery were students (14.8%), with singleton pregnancies and delivery (29.5%), and those who already practiced physical exercise before pregnancy (77.1%). **Conclusion:** Women who maintained a regular physical exercise routine before pregnancy were more likely to return to exercise after the postpartum period, which reinforces the importance of promoting healthy habits and a culture of self-care, before and after the birth of their children.

¹ Discente de Fisioterapia, Faculdade de Educação São Francisco, FAESF, Pedreiras, MA. anajulianas_456@outlook.com
² Mestre Docente de Fisioterapia na Faculdade de Educação São Francisco, FAESF, Pedreiras, MA. glsn@faesf.com.br

INTRODUÇÃO

A gravidez dura em média 40 semanas, é um período marcado por amplas mudanças físicas e emocionais, o corpo da mulher passa por diversas transformações e adaptações fisiológicas, são elas: “alterações dos sistemas cardiovascular, hematológico, respiratório, trato gastrointestinal, sistema tegumentar, urinário, musculoesquelético, sistema nervoso, endócrino e genital”¹. Uma das implicações ocorre na coluna vertebral, que fica sobrecarregada levando a lombalgia, um sintoma predominante na maioria das gestantes, isso pode afetar a qualidade do sono, a disposição física, o desempenho no trabalho, a vida social, as atividades domésticas e o lazer².

O puerpério é um período pós-parto de recuperação física e emocional da mulher, caracterizado por mudanças físicas e mentais. Tradicionalmente, dura de seis a oito semanas e é dividido em três estágios: imediato (primeiros dez dias), tardio (de 10 a 45 dias) e remoto (após 45 dias). A OMS – Organização Mundial de Saúde³ recomenda acompanhamento da mulher até seis meses após o parto. O cuidado à puérpera deve começar ainda no ambiente hospitalar, onde são detectadas as primeiras alterações: o estresse do parto, a dor, o processo de amamentação, a insegurança, o medo. Perante a alta, o atendimento deverá continuar, mas sob a responsabilidade da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que realizará visitas domiciliares pós-parto, orientações, puericultura e planejamento familiar⁴.

Segundo os dados do *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG), mulheres ativas podem manter ou modificar uma rotina de exercícios de 30 minutos ou mais, quatro a cinco vezes por semana, sendo que mulheres que já foram sedentárias devem começar com 15 minutos de exercícios aeróbicos três vezes por semana e aumentar gradativamente o tempo. Por exemplo, adicionar 5 minutos por semana aos 150 minutos recomendados de exercícios aeróbicos por semana ou 30 minutos de exercícios aeróbico cinco vezes por semana. Destaca-se o fato de que exercícios prolongados, como mais de 60 minutos seguidos, devem ser evitados⁵.

Conforme evidenciado na literatura, a prática regular de exercícios físicos promove saúde e qualidade de vida. Durante a gravidez e após o parto, essa prática também é benéfica, desde que realizada com moderação, considerando a idade gestacional e a fase puerperal. O exercício físico traz benefícios tanto físicos quanto emocionais, aumentando a confiança e a satisfação com a aparência, e elevando a autoestima da mulher⁶. Sendo assim o presente trabalho buscou investigar quais são os fatores que influenciam no retorno do exercício físico após o puerpério.

MÉTODO

Tratou-se de um estudo transversal descritivo, com abordagem quantitativa, que visou analisar, por meio de questionários, os dados obtidos ao final do estudo. O estudo transversal descritivo com abordagem quantitativa consiste na coleta de dados de uma população em um único momento, com o objetivo de descrever características ou fenômenos específicos. Utilizam-se métodos estatísticos para analisar os dados e quantificar as relações entre variáveis dentro da população estudada. Essa abordagem proporciona uma visão panorâmica das características da população em um momento específico⁷.

A população de estudo foi constituída por mulheres que se encaixaram nos critérios de inclusão e aceitaram participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi realizada nas duas principais Unidades Básicas de Saúde da cidade de Pedreiras – MA: Unidade Básica de Saúde Vicente Benigno e Unidade Básica de Saúde Dr. Carlos Melo.

Foram incluídas mulheres maiores de 18 anos, alfabetizadas, que tiveram parto compreendendo o período de 45 dias a 1 ano, que já tenham praticado exercício físico anteriormente (durante a gestação ou antes disso), que estejam sendo atendidas em uma das duas principais UBS de Pedreiras - MA. Foram excluídas menores de 18 anos, nulíparas, primigestas, que tiveram seu último parto a mais de 1 ano, aquelas que não responderam os questionários de forma completa e se recusaram a assinar o TCLE.

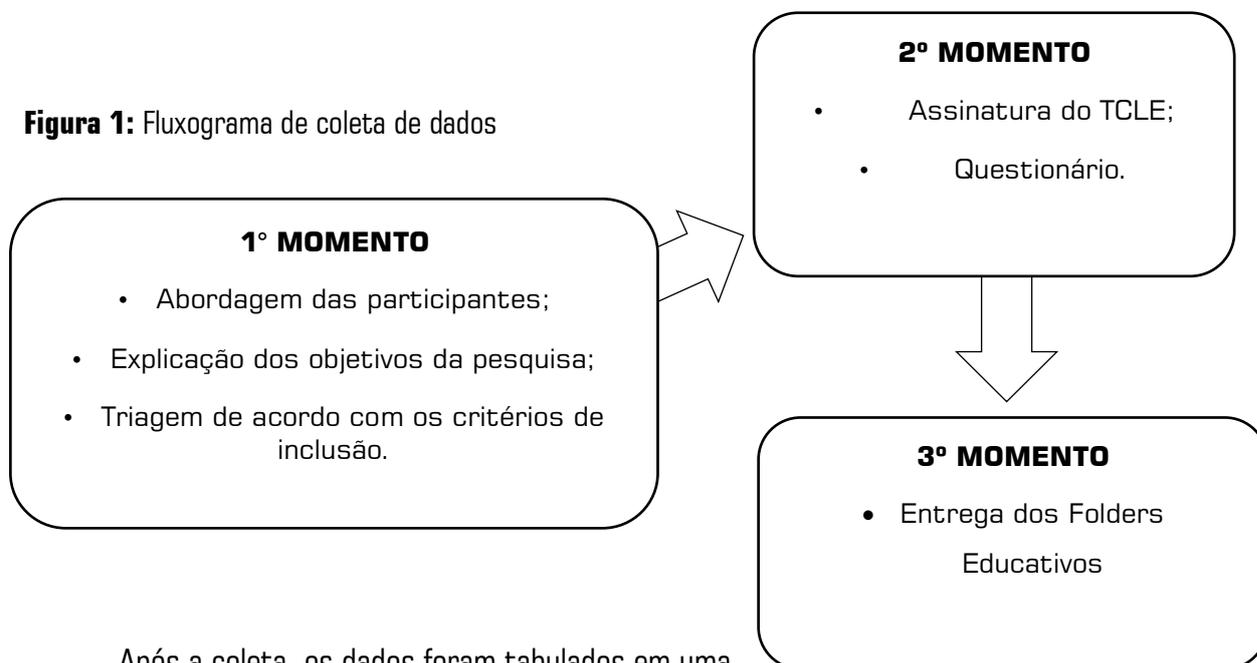
A coleta ocorreu no mês de outubro de 2024, em três momentos, no primeiro momento fomos ao local realizar a abordagem das participantes de forma direta e explicamos o objetivo da pesquisa verificando as que tinham interesse em participar e as mesmas passaram por uma triagem e foram avaliadas individualmente e selecionadas de acordo com os critérios de inclusão.

No segundo momento, as participantes selecionadas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e receberam um questionário de forma impressa, realizado pelas autoras de modo a traçar o perfil sociodemográfico das participantes e analisar os fatores que influenciam o retorno do exercício físico após o puerpério remoto a um ano, o questionário foi construído e adaptado com base em outros questionários já avaliados que tratam sobre domínios de exercícios e atividades físicas na gestação e pós parto tais como PPAQ (*Pregnancy Physical Activity Questionnaire*) e QAFG

(Questionário de Atividade Física para Gestantes).

No terceiro momento, após o preenchimento dos questionários respondidos, elas receberam um folder educativo sobre os benefícios da prática de exercícios físicos após o puerpério, conforme disposto no fluxograma abaixo (Figura 1).

Figura 1: Fluxograma de coleta de dados



Após a coleta, os dados foram tabulados em uma

planilha eletrônica (Microsoft Excel® 2010 Redmond, WA, EUA). Com o objetivo de caracterizar sociodemograficamente a amostra. A análise descritiva foi estabelecida por meio de frequências absolutas e relativas percentuais visto que as variáveis do estudo são quantitativas. Com o auxílio do software estatístico, SPSS versão 22.0 para Windows por meio do Teste de Correlação de Spearman, o teste qui-quadrado. O nível de significância foi fixado em 5%.

A pesquisa está de acordo com os princípios éticos com seres humanos definidos pela resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e foi submetido para avaliação pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) juntamente com a Comissão Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP), do Conselho Nacional de Saúde, aprovado através do parecer de nº CAAE: 82114624.0.0000.5602.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas das participantes deste estudo, incluindo faixa etária, escolaridade, etnia e estado civil, no período de puerpério remoto (até 1 ano após o parto). A maioria das mulheres tinham entre 26 e 30 anos (41%), com predominância de

ensino médio completo (50,8%) e etnia parda (68,9%). Quanto ao estado civil, a maior parte das participantes era solteira (34,4%) ou vivia em união estável (31,1%). Esses dados fornecem um panorama das participantes e podem influenciar na análise de fatores associados ao retorno ao exercício físico após o parto.

A idade, bem como o nível de escolaridade é avaliado em diversos estudos, como por exemplo, em um estudo, que dispõe que em relação ao retorno dos exercícios regulares, as características sociodemográficas das mulheres na fase pós-parto, identificando que muitas delas eram jovens, em média entre 20 e 28 anos, com renda familiar variada e predominância de mães com escolaridade média². Já outro estudo observou que a prática de exercício físico é influenciada por fatores como idade, estado civil, e nível de escolaridade, que podem interferir no envolvimento com o exercício após o parto⁸.

Nesse mesmo sentido, estudos mostraram que a prática de exercício físico após o parto pode ser significativamente influenciada por fatores como idade, estado civil e nível de escolaridade das mulheres. Esses fatores sociodemográficos interferem no envolvimento com o exercício físico durante o puerpério, com mulheres mais jovens, casadas e com maior escolaridade geralmente apresentando uma maior adesão ao exercício físico nesse período⁹.

Tabela 1: Características Sociodemográficas das Participantes em até 1 Ano Pós-Parto.

Variável	N	%
Faixa Etária		
18-20 anos	6	9,8
21-25 anos	22	36,1
26-30 anos	25	41,0
31-40 anos	8	13,1
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	1	1,6
Ensino Médio Completo	31	50,8
Ensino Médio Incompleto	6	9,8
Ensino Superior Completo	22	36,1
Ensino Superior Incompleto	1	1,6
Etnia		
Amarelo	2	3,3
Branco	16	26,2
Pardo	42	68,9
Preto	1	1,6
Estado Civil		
Casada	17	27,9
Divorciada	4	6,6
Solteira	21	34,4
União Estável	19	31,1

Já a Tabela 2 apresenta a distribuição das profissões das mulheres participantes do estudo durante o puerpério remoto. Observa-se uma diversidade ocupacional, com maior representatividade de estudantes (14,8%) e lavradoras (13,1%). Profissões como professora (8,2%), dona de casa (6,6%) e agente administrativa (6,6%) também aparecem com frequência significativa. Algumas participantes se declararam empreendedoras ou empresárias (3,3%), enquanto outras, em menor número, relataram exercer atividades em áreas específicas como advocacia, farmácia, enfermagem e psicologia. Além disso, 4,9% das participantes não informaram suas profissões. Esses dados refletem a variedade de contextos laborais das mulheres analisadas.

Tabela 2: Distribuição das Profissões das Participantes.

Profissão	N	%
Advogada	2	3,3
Agente Administrativa	4	6,6
Agente de Saúde	1	1,6
Assistente Social	1	1,6
Bancária	1	1,6
Contadora	1	1,6
Dentista	1	1,6
Digitadora	1	1,6
Dona de casa / Do lar	4	6,6
Empreendedora / Empresária	2	3,3
Enfermeira	1	1,6
Estudante	9	14,8
Farmacêutica	2	3,3
Fonoaudióloga	1	1,6
Lavradora	8	13,1
Letróloga	1	1,6
Manicure	1	1,6
Pedagoga	2	3,3
Professora	5	8,2
Profissional de Educação Física	1	1,6
Psicóloga	1	1,6
Recepcionista	2	3,3
Servidora Publica	1	1,6
Tecnica de Enfermagem	2	3,3
Vendedora	1	1,6
Visitador PCF	1	1,6
Zelador	1	1,6
Não Informou	3	4,9

Diante dessa perspectiva, a diversidade ocupacional entre mulheres pós-parto é um tema que tem sido explorado em diversos estudos. Uma pesquisa realizada em São Paulo descobriu que as ocupações mais comuns entre mulheres puérperas incluíam as de donas de casa, que representam uma porcentagem significativa, além de profissionais de diversas áreas, como saúde e educação¹⁰. Esse achado vai de encontro com o disposto na tabela, o que pode evidenciar que o nível de retorno esteja diretamente ligado ao nível socioeconômico e fatores ambientais.

A Tabela 3 descreve as características gestacionais das participantes, incluindo o número de gestações, abortos e partos, o tempo decorrido desde o último parto e a via de parto. A maioria das mulheres teve uma gestação única e parto (29,5%), e 63,9% estavam entre 120 e 365 dias após o último parto. A via de parto predominante foi cesariana, com 77% das participantes, enquanto 23% tiveram parto vaginal. Esses fatores gestacionais são relevantes para entender a dinâmica de retorno ao exercício físico no período pós-parto.

Tabela 3: Características Relacionadas à Gestação das Participantes.

Variável	N	%
Nº de gestações/ abortos e partos		
Aborto-0	4	6,6
Aborto-0, Gestação-1, Parto-	18	29,5
Aborto-0, Gestação-2, Parto-	7	11,5
Aborto-1, Parto+2	1	1,6
Aborto-1	1	1,6
Aborto-1, Gestação-1, Parto-	1	1,6
Aborto-1, Gestação-2, Parto-	1	1,6
Gestação-1	5	8,2
Gestação-1, Parto-1	2	3,3
Gestação-2	4	6,6
Parto-1	10	16,4
Parto-2	6	9,8
Parto+2	1	1,6
Tempo do Último Parto		
120-365 dias	39	63,9
120 dias	9	14,8
45 dias	1	1,6
60 dias	3	4,9
90 dias	9	14,8
Via do Último Parto		
Cesaria	47	77,0
Vaginal	14	23,0

O número de gestações pode influenciar o retorno ao exercício físico após o parto. Estudos apontam que mulheres que passaram por múltiplas gestações tendem a enfrentar desafios maiores

para retomar a prática de exercícios físicos, em comparação às mulheres com apenas uma gestação. Isso ocorre principalmente porque o corpo passa por alterações fisiológicas mais intensas após várias gestações, incluindo lesões do assoalho pélvico, maior incidência de diástase abdominal e fadiga acumulada, especialmente em intervalos curtos entre as gestações⁸.

Tabela 4: Domínios de Exercícios e Atividades Físicas na Gestação e Pós-Parto.

Variável	N	%
Você apresenta alguma comorbidade?		
Sim	1	1,6
Não	60	98,4
Praticava exercícios físicos antes da Gestação?		
Sim	47	77,1
Não	14	22,9
Qual exercício físico praticava antes da gestação?		
Caminhada e Pilates	1	2,1
Crossfit e Musculação	1	2,1
Musculação	16	34,0
Musculação e Caminhada	2	4,3
Musculação e Corrida	3	6,4
Musculação e Pilates	3	6,4
Musculação, Caminhada e Corrida	2	4,3
Musculação, Caminhada e Dança	1	2,1
Musculação, Caminhada e Treino Funcional	1	2,1
Musculação, Pilates e Treino Funcional	1	2,1
Musculação, Treino Funcional e Corrida	1	2,1
Não especificou	15	31,9
Se praticava exercícios físicos antes da gestação, precisou interromper por algum motivo?		
Sim	11	18,0
Não	50	82,0
Você praticou exercício físico durante a gestação?		
Sim	50	82,0
Não	11	18,0
Se praticava exercícios físicos antes da gestação, precisou interromper por algum motivo?		
Deslocamento de Placenta	3	27,3
Falta de Disposição	3	27,3
Não especificou	2	18,2
Oligodrômio	1	9,1
Recomendações Médicas	2	18,2
Após quanto tempo do seu último parto você retornou/ começou a praticar exercícios físicos?		
Não Especificou	10	16,4
120 dias	13	21,3
120-365 dias	7	11,5
45 dias	4	6,6
60 dias	5	8,2
90 dias	22	36,1
Se você demorou mais de 90 dias para retornar/começar exercício físico após o parto, qual (s) fator (s) contribuiu?		
Falta de tempo	12	28,6

Tabela 4: Continuação

Variável	N	%
Medo de machucar a cirurgia	11	26,2
Falta de disposição	7	16,7
Falta de rede de apoio	6	14,3
Cansaço	4	9,5
Medo de lesão	3	7,1
Recomendações médicas	3	7,1
Falta de recursos financeiros	1	2,4
Falta de acompanhamento profissional	1	2,4
Não especificou	11	26,2
Quais desses exercícios físicos você fez durante a gestação?		
Caminhada	3	4,9
Corrida	1	1,6
Dança	1	1,6
Musculação	10	16,4
Musculação, Caminhada	13	21,3
Musculação, Caminhada, Dança	1	1,6
Musculação, Caminhada, Dança, Treino funcional	1	1,6
Musculação, Caminhada, Treino funcional	1	1,6
Musculação, Corrida, Treino funcional	1	1,6
Musculação, Pilates	3	4,9
Musculação, Pilates, Caminhada	2	3,3
Musculação, Pilates, Caminhada, Dança	1	1,6
Não Especificou	7	11,5
Nenhum	11	18,0
Pilates	4	6,6
Pilates, Caminhada	1	1,6
Quais desses exercícios físicos você pratica atualmente?		
Dança	1	1,6
Musculação	19	31,1
Musculação, Caminhada	7	11,5
Musculação, Caminhada, Corrida	3	4,9
Musculação, Caminhada, Corrida, Treino funcional	2	3,3
Musculação, Caminhada, Dança, Treino funcional	1	1,6
Musculação, Caminhada, Treino funcional	3	4,9
Musculação, Caminhada, Treino funcional, Ciclismo	1	1,6
Musculação, Corrida	2	3,3
Musculação, Corrida, Treino funcional	1	1,6
Musculação, Pilates	1	1,6
Musculação, Pilates, Caminhada, Treino funcional	2	3,3
Musculação, Pilates, Caminhada, Treino funcional, Ciclismo	1	1,6
Não Especificou	2	3,3
Nenhum	13	21,3
Pilates	1	1,6
Pilates, Caminhada	1	1,6
Quanto tempo você gasta na prática do seu exercício físico diariamente?		
1 hora	22	36,1
30 minutos	3	4,9
45 minutos	11	18,0
mais de 1 hora	16	26,2
Não específico	9	14,8

Tabela 4: Continuação

Variável	n	%
Se você pratica exercício físico, qual a frequência?		
1 vez	3	4,9%
2 vezes	4	6,6%
4 vezes	18	29,5%
5 vezes	22	36,1%
Todos os dias	4	6,6%
Não especificou	10	16,4%

Tabela 5: Resultados do Teste de Correlação de Spearman.

Correlações	Coefficiente de Spearman	P-valor
Tempo do Último Parto x Tempo para Exercícios	0,842	<0.001
Via de Parto x Tempo para Exercícios	0,141	0.306

A variável *Tempo do Último Parto x Tempo para Exercícios* mostrou uma correlação positiva forte (0,842), com um p-valor < 0.001, indicando que há uma correlação significativa. Via de Parto x Tempo para Exercícios: Apresentou uma correlação fraca (0,141), sem significância estatística ($p = 0.306$). Esses resultados sugerem que o tempo do último parto está fortemente correlacionado com o tempo de retorno aos exercícios físicos, enquanto a via do parto não apresenta uma correlação significativa com o tempo para o retorno aos exercícios.

Estudos demonstram consistentemente uma correlação positiva significativa entre a duração desde o último parto e o retorno ao exercício físico. Especificamente, novas mães que esperam pelo menos 12 semanas após o parto relatam estar mais bem preparadas para exercícios, com a prontidão aumentando à medida que mais tempo passa após o parto¹².

Cabe destacar, ainda, que o tipo de parto (vaginal ou cesárea) tem um impacto menor e muitas vezes estatisticamente insignificante no retorno a prática de exercícios, pois, embora os partos vaginais possam às vezes permitir um retorno mais rápido aos exercícios leves, ambos os métodos de parto se beneficiam da reabilitação focada do assoalho pélvico antes de se envolver em exercícios de maior intensidade¹².

Para testar a correlação entre a prática de exercício físico durante a gestação e o tempo de retorno ao exercício físico após o parto, pode-se utilizar o teste qui-quadrado (χ^2), adequado para dados categóricos. O teste avaliará se existe uma associação significativa entre essas variáveis. Os resultados do teste qui-quadrado para a associação entre a prática de exercício físico durante a

gestação e o tempo de retorno ao exercício após o parto são os seguintes: Valor do qui-quadrado (χ^2): 5,70; Valor-p: 0,336; Graus de liberdade (dof): 5.

O valor-p (0,336) é maior que o nível de significância típico de 0,05. Portanto, não podemos rejeitar a hipótese nula (H0), o que significa que não há evidência estatisticamente significativa de uma associação entre a prática de exercícios durante a gestação e o tempo de retorno ao exercício após o parto. Isso sugere que, dentro da amostra analisada, o fato de praticar ou não exercício físico durante a gestação não está significativamente associado ao tempo de retorno ao exercício pós-parto.

No período pós-parto, é recomendado começar com exercícios centrados na força do núcleo e do pavimento pélvico para facilitar recuperação. Os exercícios eficazes nesta fase incluem inclinações pélvicas, pontes glúteas, exercícios de para o assoalho pélvico e respiração diafragmática. Após a recuperação inicial, as mulheres são encorajadas a progredir para atividades de baixo impacto, como caminhar ou andar de bicicleta antes de avançar gradualmente para exercícios de médio impacto. Eventualmente, com os devidos cuidados e monitorização, a transição para exercícios de maior impacto, como corrida ou levantamento de peso, pode ocorrer¹³.

CONCLUSÃO

A realização deste estudo ressaltou a importância do retorno à prática de exercícios físicos após o parto, destacando seus benefícios para a saúde física e mental das mulheres no puerpério. A prática regular de exercícios demonstrou ser uma parte essencial na recuperação pós-parto, auxiliando na reabilitação do corpo, na redução do estresse e na promoção do bem-estar emocional, contribuindo para a saúde integral das mulheres nessa fase de transição.

O estudo atingiu o objetivo de investigar os fatores que influenciam o retorno ao exercício físico, demonstrando que mulheres que mantinham uma rotina regular de exercício físico antes da gravidez apresentaram maior frequência de retorno aos exercícios após o puerpério, em comparação com aquelas que eram menos ativas, o que reforça a importância de fomentar hábitos saudáveis e uma cultura de autocuidado, tanto antes quanto após o nascimento dos filhos.

A investigação evidenciou que, de maneira geral, o retorno ao exercício físico após o puerpério está associado à melhora no bem-estar emocional, redução do estresse e reabilitação do corpo, reafirmando o papel do exercício físico na promoção da saúde integral. Além disso, constatou-se que o retorno à prática de exercícios pode oferecer um espaço de socialização e apoio entre mulheres no

puerpério, ampliando os benefícios além da condição física, o que reforça, portanto, a relevância de iniciativas que incentivem a prática de exercícios, considerando as necessidades e desafios específicos enfrentados por essas mulheres, contribuindo assim com sua qualidade de vida em geral.

Por fim, é fundamental que os profissionais de saúde criem ambientes que incentivem a participação e abordem as barreiras enfrentadas por essas mulheres, tendo em vista que o incentivo ao exercício pode ser uma estratégia eficaz para promover a saúde integral no período pós-parto, favorecendo uma recuperação mais completa e um estilo de vida mais saudável. Reforçamos ainda a realização de mais pesquisas como essas que venham a trazer atualizações e informações para esse público e comunidade científica e acadêmica, de forma a contribuir com evidências científicas.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira TL de, Almeida JLS, Silva TGL da, Araújo HSP, Juvino EORS. Desvelando as alterações fisiológicas da gravidez: Estudo Integrativo com foco na consulta de enfermagem. Research, Society and Development [Internet]. 2020 Dec 18;9(12):e18291210836–e18291210836. Available from: <https://www.rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/10836/9802>
2. Mendes E de PB, de Oliveira SMJV, Caroci A de S, Francisco AA, Oliveira SG, da Silva RL. Pelvic floor muscle strength in primiparous women according to the delivery type: cross-sectional study 1. Revista Latino-Americana de Enfermagem [Internet]. 2016 Aug 15 [cited 2020 Sep 30];24. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4996086/>
3. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use [Internet]. www.who.int. 2015. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549158>
4. Souza S, de J, Pontes AN. Ações e orientações de enfermagem às puérperas diante da prematuridade. Zenodo (CERN European Organization for Nuclear Research). 2023 Jul 1;
5. ACOG Committee Obstetric Practice. ACOG Committee opinion. Number 267, January 2002: exercise during pregnancy and the postpartum period. Obstetrics and gynecology [Internet]. 2002 [cited 2019 Sep 22];99(1):171–3. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11777528/>
6. Chiarello VB, Dias RG. Exercício físico na gestação e o impacto na qualidade de vida de mulheres no pós-parto. Revista Científica da Saúde [Internet]. 2020 [cited 2024 Nov 30];2(1):35–47. Available from: <http://revista.urcamp.edu.br/index.php/revistasaude/article/view/3109>
7. Gil AAC. Como Elaborar Projetos De pesquisa. Éditeur: São Paulo: Atlas; 2008.

8. Mielke GI, Tomicki C, Botton CE, Cavalcante FVSA, Borges GF, Galliano LM, et al. Atividade física para gestantes e mulheres no pós-parto: Guia de Atividade Física para a População Brasileira. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*. 2021 Jul 21;26:1–10.
9. Freitas IGC de, Lima C de A, Santos VM, Silva FT, Rocha JSB, Dias OV, et al. Nível de atividade física e fatores associados entre gestantes: estudo epidemiológico de base populacional. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2022 Oct 17;27:4315–28. Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/yNtVGmxvVhMkwDbWWMqDGxc/abstract/?lang=pt>
10. Medeiros, Juliana M. Percepção de puérperas sobre o seu desempenho ocupacional no pós-operatório da cesariana. *Cad Bras Ter Ocup* [Internet]. 2018 [cited 2024 Nov 30];97–109. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-988507>
11. Baratieri T, Natal S, Hartz ZM de A. Cuidado pós-parto às mulheres na atenção primária: construção de um modelo avaliativo. *Cadernos de Saúde Pública*. 2020;36(7).
12. Inge, P, Orchard, JJ, Purdue, R and Orchard, JW. Exercise after pregnancy, *Australian Journal of General Practice*. Sydney: Royal Australian College of General Practitioners, [Internet]. 2022 [cited 2024 Nov 30]; 51(3), pp. 117–121. Available from: <https://search.informit.org/doi/10.3316/informit.356517604490717>.
13. James, ML, Moore, IS, Donnelly, GM, Brockwell, E, Perkins, J, & Coltman, CE. Running during pregnancy and postpartum, part A: Why do women stop running during pregnancy and not return to running in the postpartum period?. *The Journal of Women's & Pelvic Health Physical Therapy*, 2022; July/September 2022; 46(3). journals.lww.com.

Fisioterapia pélvica em mulheres com disfunção urinária após lesão medular espinhal: estudo qualitativo



Maiara Bertolini dos Anjos¹, Josiane Lopes²

RESUMO

Panorama: Indivíduos com lesão medular espinhal (LME) podem desenvolver disfunções urinárias e serem beneficiados por Fisioterapia Pélvica (FP). A literatura ainda é escassa e não enfatiza a perspectiva do paciente. **Objetivo:** Analisar a percepção de mulheres com diagnóstico de LME e queixas urinárias sobre a FP. **Método:** Estudo qualitativo, retrospectivo com amostra de conveniência de mulheres com diagnóstico de LME. Realizada entrevista sobre a atuação da FP na função urinária. Respostas foram categorizadas em unidades de significados e analisadas pela técnica de Bardin. **Resultados:** Amostra constituída por quatro mulheres com diagnóstico de LME, $34,2 \pm 10$ anos e 97 ± 8 meses de tempo de diagnóstico, todas com paraparesia e em menarca. Disfunções urinárias resultaram em alterações sociais, de vida diária e emocionais. Participantes desconheciam a FP e foram encaminhadas por profissionais da saúde. Após FP foi relatado melhor contração do assoalho pélvico, redução da incontinência urinária, aumento da capacidade vesical e melhoria sensorial. **Conclusão:** A FP foi valorizada pelas participantes, proporcionando benefícios significativos na função urinária com impacto positivo na vida social e emocional.

ABSTRACT

Background: Individuals with spinal cord injury (SCI) may develop urinary dysfunctions and benefit from Pelvic Physiotherapy (PF). The literature is still scarce and does not emphasize the patient's perspective. **Aims:** To analyze the perception of women diagnosed with SCI and urinary complaints about PF. **Method:** Qualitative, retrospective study with a convenience sample of women diagnosed with SCI. Interviews were conducted on the role of PF in urinary function. Responses were categorized into units of meaning and analyzed using the Bardin technique. **Results:** Sample consisted of four women diagnosed with SCI, 34.2 ± 10 years and 97 ± 8 months of time since diagnosis, all with paraparesis and in menarche. Urinary dysfunctions resulted in social, daily life and emotional changes. Participants were unaware of PF and were referred by health professionals. After FP, better pelvic floor contraction, reduced urinary incontinence, increased bladder capacity and improved sensory function were reported. **Conclusion:** FP was valued by the participants, providing significant benefits in urinary function with a positive impact on social and emotional life.

Submissão: 04/12/2024

Aceite: 05/12/2024

Publicação: 30/12/2024

¹ Acadêmica do curso de Fisioterapia da Universidade Estadual do Centro-Oeste - UNICENTRO
² Fisioterapeuta, Doutora em Ciências da Saúde, Docente adjunta do depto. de Fisiot. da UNICENTRO. jlopes@unicentro.br

INTRODUÇÃO

A lesão medular espinal (LME) é definida pela *American Spinal Injury Association* como a diminuição ou perda da função motora, sensorial e/ ou autonômica abaixo do nível da lesão na coluna vertebral devido à interrupção dos tratos nervosos¹. Ela pode apresentar um quadro clínico diverso incluindo alterações nas funções motoras, sensoriais, viscerais, vasomotoras, esfinterianas e/ ou sexuais. Os déficits neurológicos, temporários ou permanentes, são classificados em lesões completas, caracterizadas pela ausência de função sensório-motora nos segmentos sacrais S4-S5, ou incompletas, quando há alguma função preservada nestes segmentos².

No Brasil, a prevalência de LME não é bem estabelecida por notificações ineficazes. Estima-se uma incidência de 40 novos casos por milhão de habitantes, totalizando 6 a 8 mil casos por ano. A região sudeste é a primeira em número de casos de LME, seguida pela região sul³. Além do custo geral para o sistema, a condição representa um alto impacto para a saúde do paciente, gerando constrangimentos, insatisfações e isolamento social.

Disfunções urinárias são consequências comuns após a LME. Nestas condições, o indivíduo pode apresentar alterações no ciclo miccional por apresentar a bexiga neurogênica (BN). A incidência mundial de BN associada à LME é de 71 casos: 1000000 de habitantes⁴. Trata-se de uma disfunção do trato urinário inferior por interrupção da conexão entre centro pontino da micção e bexiga que pode levar a falhas no processo de esvaziamento ou preenchimento vesical. A BN pode gerar diversas alterações como hiperatividade detrusora, dissinergismo detrusor esfinteriano e perda da complacência vesical. Tais alterações podem resultar em urgência miccional, incontinência urinária, esvaziamento incompleto da bexiga, pressões vesicais elevadas, bem como complicações como infecções do trato urinário inferior, litíase, refluxo vesicointeral e hidronefrose. Embora a mortalidade associada à disfunção da BN tenha diminuído, esse tipo de disfunção continua sendo uma das principais causas de morbidade após a LME⁵.

O tratamento das disfunções urinárias associado à LME tem preconizado, sobretudo a melhora da qualidade de vida dos pacientes. A literatura apresenta como principais opções terapêuticas as abordagens medicamentosas, intervenções comportamentais, cateterização, neuromodulação, toxina botulínica, cirurgia e fisioterapia pélvica (FP)⁶⁻⁷.

As diretrizes internacionais reconhecem a atuação do fisioterapeuta como fundamental para

reabilitação de disfunções pélvicas urinárias na BN⁷. Uma das principais abordagens da reabilitação não invasiva dentro da FP, é o treinamento muscular do assoalho pélvico, o qual pode efetivamente melhorar a tensão dos músculos do assoalho pélvico, aumentar a capacidade dos pacientes de controlar urina e melhorar a continência urinária. Contudo, dependendo do nível e da extensão da LME, nem todo paciente pode ser beneficiado. Também são empregadas técnicas de eletroestimulação e terapia comportamental⁸. No entanto, apesar da fisioterapia apresentar resultados benéficos, são poucos os estudos que exploram essa temática, especialmente no que diz respeito a percepção no contexto de pacientes após LME. Muitos estudos também destacam o desconhecimento da FP por parte da população geral. Com frequência os indivíduos só buscam atendimento quando são encaminhados por outros profissionais de saúde, não tendo informações sobre o que realmente é a FP. Portanto, o objetivo deste estudo foi analisar a percepção de mulheres com diagnóstico de LME e queixas urinárias sobre a FP, buscando compreender a subjetividade delas e sua visão sobre essa especialidade.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de natureza exploratória-descritiva, de abordagem qualitativa aprovada pelo comitê de ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO) sob Parecer nº. 6.079.707). Foram seguidos os três domínios dos critérios consolidados para relatos de pesquisa qualitativa (COREQ)⁹: reflexibilidade, análises e achados. O anonimato na transcrição das falas foi mantido, utilizando-se identificação alfanumérica (P - participante, seguido de uma ordem numérica de 1 a 4, de acordo com a ordem de entrada do participante no estudo).

A amostra foi do tipo conveniência constituída por pacientes atendidos na clínica-escola de Fisioterapia da UNICENTRO nos ambulatórios de Fisioterapia Neurofuncional e/ ou Fisioterapia Pélvica. As mulheres que contemplassem os critérios de elegibilidade e desejassem participar do estudo foram recrutadas. Os critérios de inclusão foram mulheres com faixa etária igual ou superior a 18 anos, com diagnóstico de LME, que tenham realizado, no mínimo, 10 sessões de FP. Os critérios de exclusão foram participantes que apresentassem outras doenças neurológicas além da LME ou com déficit cognitivo. Após o aceite do convite registrado por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido e preenchendo os critérios de inclusão, foi agendado com cada participante data e

horário para comparecer à avaliação. As participantes foram recrutadas entre agosto e outubro de 2024.

As participantes da pesquisa foram entrevistadas individualmente por um mesmo examinador em sala isolada. A entrevista seguiu um roteiro de perguntas abertas construindo o perfil sociodemográfico e clínico dessa população assim como a caracterização da função urinária antes e após as sessões de FP. Todas as entrevistas foram gravadas em celular por meio do aplicativo *voice recorder*®.

Para a definição do tamanho amostral, adotou-se o princípio de saturação teórica dos dados. De acordo com esse método, cessa-se a inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar certa redundância ou repetição⁹.

Na análise dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2009)¹⁰. Nesta técnica se considera que a presença de palavras e expressões que se repetem ao longo do texto, categorizam as unidades de significado. A análise e a interpretação da informação obtida consistiram no recorte das transcrições, codificação e categorização da informação encontrada em unidades de significado. Para a caracterização dos dados clínicos foram revisados os prontuários fisioterapêuticos das participantes nos seus respectivos setores de atendimento sendo feita a análise descritiva.

RESULTADOS

A amostra deste estudo foi constituída por quatro mulheres com diagnóstico de LME, média de idade de $34,25 \pm 10,04$ anos, tempo de diagnóstico de $97,5 \pm 79,35$ meses, todas apresentando paraparesia e em estado reprodutivo de menacme. As participantes com etiologia degenerativa apresentavam diagnóstico de síndrome de *Sjögren (P1)* e esclerose múltipla (P3) e as participantes com etiologia de lesão traumática de LME sofreram acidente automobilístico (Tabela 1).

A tabela 2 apresenta dados das participantes quanto ao funcionamento e comportamento vesical na fase aguda (primeiros dias após a ocorrência do diagnóstico) e na fase atual (o que a participante estava vivenciando quando a coleta de dados desse estudo foi realizada). Todas as participantes apresentaram prejuízos no mecanismo de funcionamento vesical. Participantes cuja etiologia foi traumática apresentaram mais déficits na fase aguda e melhor resolutividade e/ ou função

normal na fase atual, sendo o contrário para participantes com etiologia degenerativa. Todas já foram submetidas ao esvaziamento vesical por meio de uso de sonda, apresentavam resíduo miccional compatível com quadros infecção urinária, incontinência urinária, noctúria, esforço para urinar.

Tabela 1: Caracterização sócio clínica

Participante	Idade	Tempo de diagnóstico*	Nível de lesão medular	Etiologia
P1	36 anos	132	T4	Degenerativa
P2	31 anos	18	T12	Traumática
P3	47 anos	192	T4	Degenerativa
P4	23 anos	48	T10	Traumática

P, participante. T, nível torácico. * tempo em meses.

Tabela 2: Caracterização clínica da função urinária

Variável	Participante	Fase aguda	Fase atual
Esvaziamento vesical	P1	Normal	Sonda de alívio
	P2	Comadre, cateterismo, sonda demora	Normal
	P3	Normal	Comadre, fralda, cateterismo
	P4	Fralda, cateterismo, sonda demora	Normal
Volume cateterismo (ml)	P1	Não	200
	P2	100 ml	0
	P3	Não	400
	P4	100 ml	0
Incontinência urinária (IU)	P1	Não	Sim
	P2	Sim	Não
	P3	Não	Sim
	P4	Sim	Sim
Urgência Miccional	P1	Não	Sim
	P2	Sim	Sim
	P3	Sim	Sim
	P4	Sim	Sim
Noctúria	P1	Não	Sim
	P2	Sim	Não
	P3	Não	Não
	P4	Sim	Sim
Sensação de esvaziamento completo	P1	Sim	Não
	P2	Sim	Sim
	P3	Sim	Sim
	P4	Sim	Sim
Esforço para urinar	P1	Não	Sim
	P2	Sim	Não
	P3	Não	Não
	P4	Não	Sim
Infecção urinária	P1	Não	Sim
	P2	Sim	Não
	P3	Não	Sim
	P4	Sim	Não

P, participante

Após análise das respostas das participantes, foram identificadas cinco unidades de significados, sendo suas falas categorizadas nestas (Quadro 1).

Quadro 1. Unidades de significado

1. Impacto das alterações da função urinária no estado emocional
2. Impacto das alterações da função urinárias nas AVDs
3. Indicação da fisioterapia pélvica e aceitabilidade
4. Conhecimento sobre fisioterapia pélvica
5. Efeito da fisioterapia pélvica na função urinária

AVDS, atividades de vida diária.

1. Impacto das alterações da função urinária no estado emocional

Todas as participantes relataram constrangimento social, especialmente associado ao uso de fralda e à dependência social.

“Então, o fato de [tê] que [dependê] de alguém, aí eu escutar: “ só mais um pouquinho, já passo”. E acabo me esquecendo e isso acaba me irritando e acaba passando da hora e eu acabo tendo escape” [.....] – P3

2. Impacto das alterações da função urinárias nas AVDs

Foi muito enfatizado o quanto o prejuízo da função urinária alterou a vida das participantes com atribuição em ser até mesmo pior que o próprio fato de não deambular.

“Sim. Bastante”. “Sim. É o que mais assim, me atrapalha, da lesão. Não é nem o fato de não [tá] andando, mas sim a perca urinária”. “O tanto que atrapalha?”. “[Déiz], bastante”. – P4

3. Indicação da fisioterapia pélvica e aceitabilidade

Todas as participantes foram encaminhadas à FP por profissionais da área da saúde e, embora demonstrando receio devido a vergonha, aceitaram realizar as sessões de FP devido aos prejuízos na função urinária.

“No Dr. (citado o nome do médico) eles falaram ó, existe uma fisioterapia e tal que talvez se possa sair da... de usar fralda ou melhorar”. “Mais eu sabia também que... que[...] que tinha que [tirá] a [ropa] e tals”. “A eu fiquei no começo assim...”. “Depois é... é...perdi a vergonha daí”. – P1

4. Conhecimento sobre fisioterapia pélvica

A amostra desconhecia sobre a FP e somente após a indicação procuraram maiores informações.

“Aí eu não sabia que existia, né?”. “Aí eu comecei a [pesquisa], porque daí a mulher...que atendia lá na fisio, ela contou que existia, né?” – P1

5. Efeito da fisioterapia pélvica na função urinária

As participantes atribuíram resultados de melhora quanto à função urinária a médio prazo, sobretudo relacionados ao aumento da contração da musculatura do assoalho pélvico, diminuição dos quadros de incontinência urinária, aumento da capacidade vesical e efeito sensorial.

“Eu achei que [mudo] [melhorô] a contração é [...].e... também eu reparei que a bexiga fica mais cheia, no dia que eu faço a fisio”. “: “Eu consigo [aguentá] um pouco mais tempo”. “Porque antes eu tinha perda direto, eu perdia muito, sabe?”. “Se tomasse água parece que passava direto”. “E agora eu [tô] [aguentando] mais. Claro que eu tenho perca ainda. [Mais] não é tanto igual era”. [.....] - P1

“Foi transformador, né? Você [saí] de um leito de cama completamente dependente de sonda e fralda pra uma vida...ativa, [podê] [ih] no banheiro. Eu ficava pensando: “Que queria [usá] calcinha usar calcinha”, não podia porque eu tinha que [usá] fralda. Então, assim, a minha vida foi transformada mesmo, porque essa parte

é uma parte que mexe muito pro emocional, principalmente de nós mulheres. Então, assim, eu acho que, hoje em dia, eu converso com muitas pessoas com lesão medular. E muita gente que eu já cheguei a [escutá], que...poderia nunca mais andar, mas que gostaria de se livrar da sonda. Então, tipo assim, é uma parte que impacta demais, sabe? Então, no meu caso, graças a Deus, através da Físio, não foram poucas, foram muitas sessões. Então, hoje em dia, [tá] tudo bem, [tá] tranquilo. Eu, é... a única coisa que eu tenho que saber [lidá] é com a...urgência miccional. Mas é algo que já virou natural. Por exemplo, se eu vou sair de casa, eu não bebo tantos líquidos. Eu vou no banheiro antes, né? - P2

"Eu comecei a sentir mais vontade de ir no banheiro". "Sim. E agora já tá na minha mente todo o esforço que eu faço, né, até [nas] fisioterapia, exercício, eu tento associar respiração e faço força pra prender o xixi". "E antes eu não fazia nada". "Consigo (segurar a urina). Agora tá mais controlado" - P4

"Eu acredito que a fisioterapia foi uma das coisas que nunca permitiu que eu perdesse essa sensibilidade. Então, porque eu sinto a vontade de [uriná], eu sinto quando tá saindo, então eu acredito que foi a fisioterapia pélvica que colaborou com isso". "Que não permitiu que eu perdesse a sensibilidade". "Sim, sim (acha que fortaleceu a musculatura)". - P3

DISCUSSÃO

A análise da percepção de mulheres com diagnóstico de LME sobre a atuação da FP nas disfunções urinárias contribuem para identificação de aspectos físicos e psicossociais contemplados. Diversos estudos ressaltam a relevância da perspectiva do paciente com comprometimento neurológico no processo de avaliação e tratamento da função urinária¹¹⁻¹³.

A amostra deste estudo foi composta por mulheres adultas jovens, com tempo de diagnóstico considerado crônico corroborando outros estudos com amostras maiores^{12,13}. Calliga e Porto (2019)¹² estudando indivíduos após LME, com características similares, apresentaram média de idade de 36 anos. Sobre o nível da lesão, todas as participantes apresentaram paraparesia, similar a outros estudos¹³⁻¹⁵. Rodrigues et al. (2020)¹³ evidenciaram que o nível torácico é o mais comprometido em até 72% dos casos. Quanto à etiologia, situações traumáticas são mais incidentes ocupando taxa de 78,5% comparado às não traumáticas .

A disfunção urinária foi mais intensificada na fase aguda para lesões de etiologia traumática e na fase atual para lesões não traumáticas. A etiologia da lesão elucidar tais condições. LME traumáticas resultam em déficits urológicos significativos na fase aguda devido à interrupção súbita e severa das vias nervosas. Nas primeiras horas após o trauma, ocorre choque medular, caracterizado por flacidez e arreflexia, levando à retenção urinária. Esse período pode durar entre alguns dias a meses, com uma média de três semanas. Com o tempo, a medula espinal passa pela remielinização e remodelamento de circuitos neurais, em casos de LME incompletas. A fase crônica da lesão estabelece o padrão definitivo de função vesical¹⁶. As lesões não traumáticas têm sido

menos investigadas, mas acredita-se que os déficits em fases avançadas se devam a sua natureza progressiva.

O comprometimento urinário é altamente prevalente e complexo em indivíduos após LME^{1,5,15}. Diversos fatores podem interferir nas disfunções vesico esfinterianas tais como o nível neurológico e a severidade da lesão, doenças urológicas concomitantes, a progressão e a etiologia¹⁶. Pacientes com diferentes níveis de LME expressam diferentes problemas quanto ao armazenamento e esvaziamento vesical. Dentre os sintomas pode ocorrer urgência miccional, aumento da frequência na micção diurna, noctúria e incontinência urinária. Lesões acima de T12 geralmente apresentam bexiga hiperativa e a partir de L1, um quadro de hipoatividade vesical¹⁷. O nível de lesão explica os sintomas apresentados pela amostra do presente estudo, principalmente a incontinência urinária e urgência miccional.

A infecção urinária é considerada um dos agravos urológicos mais importantes após LME. Ela é responsável por altos índices de morbidade e mortalidade devido sua alta prevalência nos primeiros 50 dias após lesão e surgindo 1 a 6 vezes por ano na fase crônica. As infecções do trato urinário são resultado, na maioria das vezes, de um esvaziamento inadequado da bexiga, promovendo um crescimento bacteriano intravesical exacerbado. Com o intuito de minimizar esse quadro são realizados procedimentos como o cateterismo vesical intermitente. Porém, o cateter vesical também traz riscos ao paciente de desenvolver infecção do trato urinário superior¹⁷. Nessa amostra todas as participantes necessitaram da realização de cateterismo vesical em alguma fase da lesão, o que pode justificar a alta frequência de infecções urinárias apresentada.

As unidades de significado extraídas da análise das falas das participantes se relacionaram ao impacto das funções urinárias no aspecto emocional, realização das AVDS e sobre a indicação, conhecimento e efeito da FP nestas funções. As unidades de significado são uma unidade de registro por ser uma afirmação sobre determinado assunto que envolve componentes racionais, ideológicos, afetivos e emocionais .

Uma das primeiras unidades de significado identificadas foi o impacto das alterações da função urinária no estado emocional em que houve menção ao constrangimento social pelo uso de fralda e depender de terceiros para o ato da micção. Indivíduos com disfunção urinária neurogênica frequentemente enfrentam sentimentos de vergonha e isolamento social, especialmente quando precisam usar fraldas ou cateteres, o que pode afetar negativamente sua autoestima¹⁸.

Alterações urinárias também possuem um forte impacto nas AVDs, prejudicando

principalmente a autonomia de pacientes. Na amostra, todas as participantes relataram prejuízo em suas AVDs, relatando inclusive que os fatores vesicais são mais impactantes do que até mesmo o fato de não deambular. Faleiros et al (2017)² relataram que uma das principais expectativas que a pessoa após LME traz ao iniciar um programa de reabilitação é de voltar a andar, porém com o decorrer do tempo as expectativas se modificam, e a necessidade de livrar-se de uso de fraldas, coletores e outros dispositivos, torna-se mais importante.

Diante desse cenário, a FP surge como uma abordagem promissora para o tratamento dessas disfunções, apesar de ser desconhecida por grande parcela da população. Somente após o encaminhamento profissional para a FP é que as participantes da presente pesquisa passaram a conhecer mais sobre esta área. Uma revisão sistemática evidenciou que até mesmo profissionais da saúde desconhecem sobre a atuação da FP. Foi avaliado o nível de orientação dada pelos profissionais da saúde em relação à prevenção da incontinência urinária, constatando que 70,8% destes não tinham conhecimento sobre a atuação desta área da fisioterapia¹⁹. Neste sentido, há uma grande lacuna no tratamento, uma vez que apesar da fisioterapia ser uma área de primeiro contato, muitos indivíduos só a conhecem ou iniciam o tratamento após a indicação de outro profissional.

Na amostra deste estudo foi muito evidente, ao iniciar o tratamento fisioterapêutico pélvico, o sentimento de vergonha e receio. Para Andrade et.al (2023)¹ isso pode ser justamente atribuído à falta de conhecimento sobre a área, aliado também a tabus sociais sobre disfunções urinárias, o que as distancia cada vez mais do tratamento.

A FP trouxe efeitos benéficos para as participantes deste estudo, sobretudo em relação ao funcionamento vesical e melhora sensório-motora no funcionamento do assoalho pélvico. Diversas pesquisas já evidenciaram a eficácia da fisioterapia para o tratamento da BN, proporcionando resultados positivos na saúde das pessoas acometidas .

O presente estudo apresenta limitações e potencialidades. Pode ter ocorrido um viés de resposta, uma vez que as percepções e autorrelatos das participantes por dependerem da memória e o desejo em fornecer respostas socialmente aceitáveis podem não expressar o real cenário. Também a variabilidade individual, já que a resposta ao tratamento fisioterapêutico pélvico pode variar significativamente entre as participantes devido diferenças individuais em termos de severidade da lesão, nível de comprometimento, etiologia e fatores psicossociais e experiência profissional de quem atendeu. A amostra também apresentava diferentes etiologias da LME, o que repercute em quadros clínicos com evolução diversa na fase aguda e atual, o que também pode ter dificultado o consenso

ou apresentação de outras unidades de significado.

As potencialidades científicas e clínicas se residem principalmente na percepção das participantes. O delineamento qualitativo deste estudo colaborou para ressaltar a individualidade do participante e ampliar as possibilidades de análise sobre temáticas tão relevantes. A ênfase atribuída à perspectiva do participante sobre suas condições de funcionamento vesical e a evolução do tratamento na FP sobre tais desfechos torna possível um aprofundamento de reflexões sobre a tomada de decisões nas condutas fisioterapêuticas. A resposta das participantes pode ser utilizada para promover uma abordagem de cuidados mais integrada, onde a FP é reconhecida como uma parte essencial do tratamento global das disfunções associadas à LME. Além de ampliar a visão da população em geral, também há uma chance maior de adesão ao tratamento. Sugere-se novos estudos que detenham esse olhar atento as necessidades específicas de mulheres com LME.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a FP foi amplamente valorizada pelas participantes, proporcionando benefícios significativos na função urinária e maior independência funcional, com impacto positivo na vida social e emocional. No entanto, muitas participantes demonstraram desconhecimento sobre a FP antes de serem pacientes, indicando a necessidade de mais informação sobre a atuação da FP.

No processo de reabilitação de um indivíduo após LME sempre deve ser preconizado a abordagem da FP. Esta especialidade contribui nas questões físicas, emocionais e sociais por promover o bem-estar do indivíduo e valorizar a sua dignidade humana nas questões mais fundamentais como tentar assistir a independência na realização das necessidades fisiológicas básicas. Realizar um estudo qualitativo com esse escopo temático é destacar a importância de olhar para o que realmente importa para o paciente possibilitando ações terapêuticas centradas nas reais necessidades do indivíduo.

REFERÊNCIAS

1. Andrade JA, Costa LL, Cavalcante SC, Silva CE. Conhecimento feminino sobre a fisioterapia pélvica na atenção primária. Distrito Federal. Research, Society and Development. 2023 12 (2): 1-14. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i12.44132>
2. Faleiros F, Cordeiro A, Favoretto N, Kappler C, Murray C, Tate D. Patients With Spina Bifida and Their Caregivers' Feelings About Intermittent Bladder Catheterization in Brazil and Germany: A Correlational Study. Rehabil Nurs. 2017 42(4):175-179. doi:

<http://dx.doi.org/10.1002/rnj.223>

3. Santos FC, Souza MW, Pereira OV, Pimentel IM, Ramos AM. Perfil epidemiológico e clínico de pacientes com lesão por pressão após trauma raquimedular. Rev. Estima. 2019 17:1-8. doi: http://dx.doi.org/10.30886/estima.v17.773_PT
4. Faria MC, Menezes GS, Morais LA. Fatores que interferem na qualidade de vida de indivíduos com lesão medular traumática: uma revisão de literatura. Rev. Movimenta. 2020 13(2):285-296. Disponível em: <https://www.revista.ueg.br/index.php/movimenta/article/view/9568/7805>.
5. El Sammak S, Michalopoulos GD, Arya N, Bhandarkar AR, Moinuddin FM, Jarrah R, et al. Prediction Model for Neurogenic Bladder Recovery One Year After Traumatic Spinal Cord Injury. World Neurosurg. 2023 179:e222-e231. doi: 10.1016/j.wneu.2023.08.054. Epub 2023 Aug 21. PMID: 37611802.
6. Leslie S.W., Tadi P., Tayyeb M. Neurogenic Bladder and Neurogenic Lower Urinary Tract Dysfunction. StatPearls, v. [S.I.], 4 jul. 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560617/>.
7. Burti JS. O papel da Fisioterapia na saúde pélvica. Fisioter. pesqui, 2023. 30. doi: <https://doi.org/10.1590/1809-2950/e00000023pt>
8. Zang YT, Bai MJ, Wang L, Zhang MX, Li L. Effects of acupuncture and pelvic floor muscle training on bladder dysfunction after spinal cord injury: A meta-analysis. Medicine (Baltimore). 2023 10;102(10):e33048. doi: 10.1097/MD.00000000000033048. PMID: 36897726; PMCID: PMC9997793.
9. Caregnato RCA, Mutti R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. Texto Contexto Enferm. 2006;15(4):679-84. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000400017>.
10. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2009.
11. Fitzpatrick MA, Solanki P, Wirth M, Weaver FM, Suda KJ, Burns SP, et al. Knowledge, perceptions, and beliefs about urinary tract infections in persons with neurogenic bladder and impacts on interventions to promote person-centered care. Spinal Cord. 2024 62(5):221-227. doi: 10.1038/s41393-024-00972-z. Epub 2024 Mar 7. PMID: 38454065; PMCID: PMC11175994.
12. Calliga M. C., Porto L. A. Quais pessoas com paraplegia traumática voltam a trabalhar?. Ciênc. Saúde Colet. 2019 24(6). doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.15682017>.
13. Rodrigues SS, Pacífico GC, Buosi BP, Ponce KB, Amorin ML, Lopes KA. Perfil epidemiológico de pessoas com lesão medular atendidas na cidade de manaus. Rev. Assoc. Bras. Ativ. Mot. Adapt, 2020 22(2): 225-236. doi: 10.36311/2674-8681.2020.v21n2.p225-236.
14. Faleiros F, Marcossi M, Ribeiro O, Tholl A, Freitas G, Riberto M. Epidemiological profile of

spinal cord injury in Brazil. J Spinal Cord Med. 2023 46(1):75-82. doi: 10.1080/10790268.2021.1947679. Epub 2022 Jan 10. PMID: 35007477; PMCID: PMC9897787.

15. Freyermuth-Trujillo X, Segura-Urbe JJ, Salgado-Ceballos H, Orozco-Barrios CE, Coyoy-Salgado A. Inflammation: A Target for Treatment in Spinal Cord Injury. Cells. 2022 29;11(17):2692. doi: 10.3390/cells11172692. PMID: 36078099; PMCID: PMC9454769.
16. Xiang L, Li H, Xie QQ, Siau CS, Xie Z, Zhu MT, et al. Rehabilitation care of patients with neurogenic bladder after spinal cord injury: A literature review. World J Clin Cases. 2023 6;11(1):57-64. doi: 10.12998/wjcc.v11.i1.57. PMID: 36687186; PMCID: PMC9846973.
17. Mendes VT, Felicio LE, Capichi MSF, Souza RZ, Amaral, PPB. (2023). A infecção do trato urinário relacionada ao uso de sonda vesical de demora em pacientes críticos: o impacto da assistência de enfermagem. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences. 2023 5(4): 2633–2647. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2023v5n4p2633-2647>
18. Sebesta E.M., Connors E.L., Rourke E., Reynolds W.S., Mckernan L.C. Psychosocial Factors in Neurogenic Lower Urinary Tract Dysfunction: Implications for Multidisciplinary Care. Current Bladder Dysfunction Reports 17(8):1-8. doi:10.1007/s11884-021-00641-4
19. Souza C. E., Quadros C.S., Magalhães R.R., Arruda G.M. Efeitos do tratamento fisioterapêutico na bexiga neurogênica: uma revisão integrativa da literatura. Rev. Expr. Catól. Saúde. 2022 7(2):35-44. doi:10.25191/recs.v7i2.141.

Fatores que contribuem para o sedentarismo durante a gestação



Lorrane Oliveira Araújo Silva¹, Sthefany Rodrigues Pereira¹, Greice Lanna Sampaio do Nascimento²

Submissão: 03/12/2024

Aceite: 05/12/2024

Publicação: 30/12/2024

RESUMO

Panorama: A gravidez é um período de intensas mudanças, e a prática de exercícios físicos reduz os riscos de ganho de peso, além de favorecer melhores desfechos no parto, as carecem estudos sobre sedentarismo. **Objetivo:** Analisar a prática de exercício físico/atividade física na gestação e os fatores que contribuem para o sedentarismo. **Método:** Pesquisa transversal quantitativa com variáveis qualitativas. Participaram mulheres grávidas nos diferentes estágios de gestação. **Resultados:** A maioria das gestantes relataram praticar exercícios físicos regularmente, sendo as atividades mais comuns: musculação e caminhada. Apesar dos benefícios reconhecidos da atividade física nesse período, muitas gestantes permanecem inativas. Os desafios relatados incluem falta de tempo, desconfortos físicos, acesso limitado a espaços adequados e ausência de orientação profissional. **Conclusão:** Este estudo reforça a necessidade de políticas públicas e programas de saúde que incentivem a prática de exercícios físicos entre gestantes.

ABSTRACT

Background: Individuals with spinal cord injury (SCI) may develop urinary dysfunctions and benefit from Pelvic Physiotherapy (PF). The literature is still scarce and does not emphasize the patient's perspective. **Aims:** To analyze the perception of women diagnosed with SCI and urinary complaints about PF. **Method:** Qualitative, retrospective study with a convenience sample of women diagnosed with SCI. Interviews were conducted on the role of PF in urinary function. Responses were categorized into units of meaning and analyzed using the Bardin technique. **Results:** Sample consisted of four women diagnosed with SCI, 34.2 ± 10 years and 97 ± 8 months of time since diagnosis, all with paraparesis and in menarche. Urinary dysfunctions resulted in social, daily life and emotional changes. Participants were unaware of PF and were referred by health professionals. After FP, better pelvic floor contraction, reduced urinary incontinence, increased bladder capacity and improved sensory function were reported. **Conclusion:** FP was valued by the participants, providing significant benefits in urinary function with a positive impact on social and emotional life.

¹ Discente de Fisioterapia, Faculdade de Educação São Francisco, FAESF, Pedreiras, MA. sthefannyrodrigues29@gmail.com
² Mestre Docente de Fisioterapia na Faculdade de Educação São Francisco, FAESF, Pedreiras, MA. glsn@faesf.com.br

INTRODUÇÃO

A gravidez é uma fase única na vida de uma mulher, repleta de mudanças físicas, emocionais e sociais. Durante esse período, o corpo passa por diversas transformações para adapta-se às necessidades do desenvolvimento fetal. Nesse contexto, a prática de exercícios físicos durante a gestação tem se tornado cada vez mais relevante, pois pode proporcionar uma série de benefícios tanto para a gestante quanto para o feto. Os exercícios físicos contribuem para a redução da gordura corporal, promovem maior oxigenação sanguínea e diminuem a troca de dióxido de carbono pela placenta, o que é benéfico para o desenvolvimento do feto. Além disso, a prática regular reduz significativamente os riscos de diabetes gestacional em 50%, pré-eclâmpsia em até 40%, hipertensão gestacional, ganho de peso excessivo e depressão¹.

Atividade física e exercício físico são dois conceitos fundamentais para a saúde e o bem-estar geral. Enquanto atividade física abrange qualquer movimento do corpo que resulta em gasto de energia, seja no contexto das tarefas diárias ou em atividades planejadas, o exercício físico representa uma forma mais estruturada e intencional de atividade física, geralmente com o objetivo de melhorar ou manter a aptidão física. Ambos desempenham papéis fundamentais na promoção da saúde cardiovascular, no fortalecimento muscular, na melhoria da flexibilidade e na promoção do bem-estar mental².

A gravidez é um período fundamental na vida de uma mulher, exigindo cuidados específicos para assegurar a saúde tanto da mãe quanto do bebê. Dentro desse contexto, a prática de exercícios físicos durante a gestação tem se mostrado cada vez mais crucial, trazendo uma variedade de vantagens, como o controle do ganho de peso, o aprimoramento da saúde do coração, o alívio de desconfortos comuns da gravidez e a promoção do bem-estar emocional.

A importância desta pesquisa reside na valorização da saúde materna e fetal, bem como na urgência de criar estratégias eficazes para motivar a prática de exercícios físicos durante a gestação. Durante a gravidez, entender os elementos que motivam o sedentarismo nesse momento pode orientar a implementação de ações e estratégias de saúde mais eficazes, com o objetivo de estimular a participação das gestantes em atividades físicas e, por conseguinte, melhorar os desfechos de saúde tanto para as mulheres quanto para seus filhos, além disso esse estudo vai contribuir de forma a traçar um perfil sociodemográfico das participantes, trazer informações e dados para a comunidade

científica e assim embasamento para uma melhor abordagem desse público pelos profissionais. Assim, o presente estudo investigou quais os fatores que contribuem para o sedentarismo na gestação.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal de caráter quantitativo, com variáveis. Estudos transversais são úteis para explorar questões sobre a presença de uma associação em vez de realizar testes de hipóteses. Eles possibilitam estimar a prevalência de uma doença e, quando conduzidos de forma analítica, podem fornecer uma estimativa da associação entre indivíduos expostos e não expostos. A coleta de dados pode ser feita por meio de fontes diretas, também conhecidas como primárias, ou a partir de fontes secundárias³.

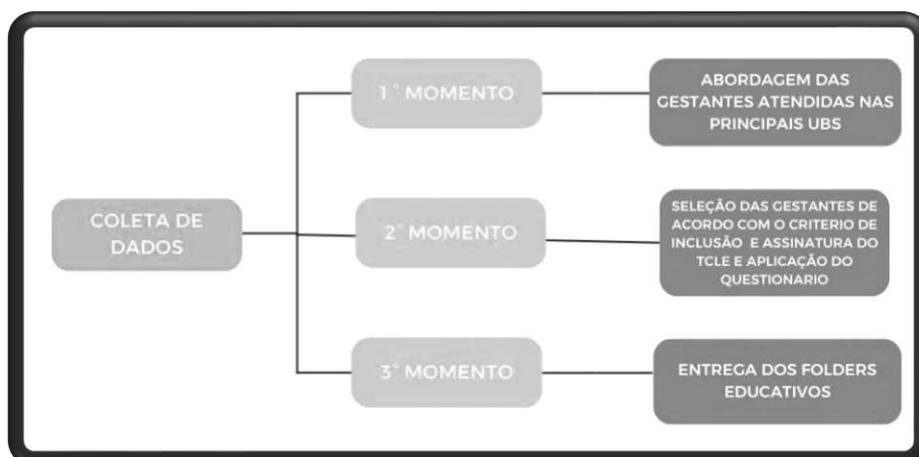
A pesquisa foi desenvolvida nas duas principais UBS de Pedreiras – MA, UBS Dr. Carlos Melo e UBS Vicente Benigno, onde participaram mulheres grávidas nos diferentes estágios de gestação, É fundamental que elas estivessem grávidas e que praticassem exercício físico/atividade física. Nos diferentes estágios da gestação, que fossem primigestas, secundigestas e multigestas. E é fundamental que estivessem grávidas.

A Pesquisa ocorreu em 3 momentos distintos. No primeiro momento, foi realizado uma abordagem com mulheres atendidas em uma das UBS, explicando o objetivo do estudo, em seguida as que demonstraram interesse participaram de uma triagem pra saber se estão de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos. No segundo momento aquelas que se encaixaram nos critérios, assinarão ao TCLE e receberam de forma impressas dois questionários, o primeiro produzido pelas autoras no intuito de traçar um perfil sociodemográfico da população, o segundo questionários é PPAQ que é um questionário valido no Brasil.

O PPAQ (*Pregnancy Physical Activity Questionnaire*) é um instrumento capaz de mensurar duração, frequência e intensidade das atividades realizadas em casa, no cuidado com crianças e pessoas mais idosas, com ocupações, esportes e exercícios durante a gravidez. O questionário é de curta duração, autoadministrado e de fácil entendimento. É questionário semiquantitativo no qual as gestantes relatam o tempo gasto em 32 atividades diferentes. A autoadministração do questionário dura aproximadamente 10 minutos. Para melhor atender aos objetivos do trabalho, esse questionário será adaptado em 3 últimas perguntas⁴. No terceiro momento, após as participantes entregarem os

questionários respondidos, receberam um folder educativo sobre a prática de exercícios físicos na gestação, conforme disposto no fluxograma abaixo (Figura 1).

Figura 1: Fluxograma do estudo.



Após coleta, os dados foram tabulados em uma planilha eletrônica (Microsoft Excel® 2010 Redmond, WA, EUA). Com o objetivo de caracterizar socio demograficamente a amostra. A análise descritiva foi estabelecida por meio de frequências absolutas e relativas percentuais vistos que as variáveis do estudo são quantitativas. Com o auxílio do software estatístico, SPSS versão 22.0 para Windows por meio do teste Kolmogorov-Smirnov de uma amostra. O nível de significância foi fixado em 5%.

Esta pesquisa está de acordo com os princípios éticos da pesquisa com seres humanos definidos pela resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e foi submetido pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e teve aprovação com o número CAAE 82105324.0.0000.5602, e juntamente com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Tabela 1 apresenta a caracterização sociodemográfica das gestantes participantes do estudo, distribuídas de acordo com as variáveis de faixa etária, escolaridade, etnia e estado civil. Observa-se que a maioria das gestantes se encontra na faixa etária de 25 a 34 anos (54,8%), seguida pelo grupo de 18 a 24 anos (41,9%), com uma minoria na faixa de 35 a 45 anos (3,2%). Em relação à escolaridade, predominaram as gestantes com ensino médio completo (38,7%), enquanto 16,1% apresentavam ensino superior incompleto, e uma pequena parcela (3,2%) havia concluído o ensino superior.

Tabela 1: Distribuição das gestantes segundo faixa etária, escolaridade, etnia e estado civil no estudo sobre prática de exercícios físicos/atividade física e fatores associados ao sedentarismo.

Variável	n	%
Faixa etária		
18 a 24 anos	13	41,9
25 a 34 anos	17	54,8
35 a 45 anos	1	3,2
Escolaridade		
Sem escolaridade	5	16,1
Ensino fundamental incompleto	2	6,5
Ensino médio incompleto	6	19,4
Ensino médio completo	12	38,7
Ensino superior incompleto	5	16,1
Ensino superior completo	1	3,2
Etnia		
Amarela	0	0,00
Branca	4	12,90
Negra	0	0,00
Parda	27	87,10
Estado civil		
Casada	17	54,8
Divorciada	3	9,7
Solteira	11	35,5

Quanto à etnia, a maior parte das participantes se autodeclarou parda (87,1%), com 12,9% autodeclarando-se brancas. Em relação ao estado civil, mais da metade das gestantes era casada (54,8%), enquanto 35,5% eram solteiras e 9,7% divorciadas. Esses dados fornecem um panorama importante para a compreensão do perfil das gestantes no que tange a fatores que podem influenciar a prática ou o sedentarismo durante a gestação.

Dados recentes sobre o perfil etário de gestantes no Brasil mostram que a maior parte das gravidezes ocorre entre mulheres de 20 a 34 anos, especialmente na faixa de 25 a 29 anos, um estudo do IBGE em 2020 indica que cerca de 40% das mães no Brasil estão nessa faixa etária. Em comparação, a gravidez na adolescência (10 a 19 anos) ainda é recorrente, mas teve uma redução nas últimas décadas, principalmente entre jovens de 15 a 19 anos, passando de 23,4% para 14,7% entre 2000 e 2019⁵.

Em relação a escolaridade, um estudo de 2020 observou que a maioria das gestantes com Síndrome Hipertensiva Gestacional tinha ensino fundamental incompleto (87,5%), enquanto apenas 12,5% possuíam níveis de escolaridade entre 12 e 15 anos de estudo. Em relação à etnia, a maior parte das participantes se identificou como parda (70,8%), seguida de branca (15,8%) e preta

(10,8%)⁶.

Outro estudo de 2022 sobre a saúde de gestantes encontrou uma proporção ligeiramente diferente, com cerca de 30% das gestantes de nível superior incompleto ou completo, enquanto a maioria tinha até o ensino médio. Em termos de autodeclaração de cor ou raça, muitas se identificaram como pardas, refletindo as características demográficas de algumas regiões do Brasil⁷. Esses fatores, além de aspectos socioeconômicos, podem influenciar a prática de exercícios durante a gestação, uma vez que barreiras como menor acesso à informação e serviços de saúde podem contribuir para o sedentarismo entre essas gestantes.

A tabela 2 apresenta a caracterização das gestantes participantes do estudo em relação ao número de gestações, abortos e partos, idade gestacional atual, complicações médicas durante a gestação corrente e em gestações anteriores, histórico de cirurgias recentes, e uso de medicação regular. Observa-se que a maioria das participantes (54,8%) está na primeira ou segunda gestação.

Em relação à idade gestacional, 22,6% das gestantes estão com 40 semanas e 16,1% com 38 semanas, representando o maior percentual do grupo. Apenas 3,2% das gestantes relataram complicações médicas na gestação atual, especificamente uma infecção urinária, enquanto 96,8% não tiveram complicações. Quanto a gestações anteriores, apenas uma gestante (3,2%) relatou ter enfrentado complicações. Além disso, 45,2% das gestantes afirmaram fazer uso regular de medicação, sendo o suplemento vitamínico 'Materna' o mais utilizado por 85,7% dessas mulheres.

Em relação a isso, um levantamento recente na saúde suplementar do Brasil pela ANS aponta que, em 2019, 37,29% dos partos cesáreos ocorreram em gestantes com idade gestacional de 37 a 38 semanas. Já os partos vaginais ocorreram com mais frequência entre 40 e 41 semanas (29,8%)⁸, o que se alinha com os dados demonstrados neste estudo, em que a maioria das participantes teve gestação avançada (38 a 40 semanas).

Em outro estudo realizado pelo IBGE no ano de 2022, um percentual de 95,2% das gestantes relatou uma gravidez sem complicações médicas, que, vão de encontro com os dados trazidos a este estudo que demonstram que 96,8% das participantes não tiveram complicações, refletindo uma tendência semelhante de gestantes saudáveis durante o pré-natal⁹.

A Tabela 3 apresenta as variáveis relacionadas à prática de exercícios físicos durante a gestação e os fatores que contribuem para o sedentarismo entre as gestantes participantes do estudo. Dos 31 respondentes, 25,8% relataram praticar exercícios físicos regularmente, sendo as atividades mais comuns: musculação (25,0%) e caminhada (12,5%). Antes da gestação, 64,5% das

gestantes já praticavam algum exercício físico, com a musculação sendo a atividade predominante (54,5%).

Tabela 2: Distribuição das Gestantes Segundo o Número de Gestações, Idade Gestacional, Complicações Médicas, Cirurgias e Uso de Medicações Regulares.

Variável	n	%
Número de Gestações, abortos, partos		
1 ou 2	17	54,8
3 ou 4	14	45,2
Número de Semanas Gestacionais (Atualmente)		
13 semanas	1	3,2
18 semanas	1	3,2
20 semanas	3	9,7
23 semanas	1	3,2
25 semanas	3	9,7
29 semanas	2	6,5
30 semanas	4	12,9
35 semanas	3	9,7
36 semanas	1	3,2
38 semanas	5	16,1
40 semanas	7	22,6
Já teve alguma complicação médica durante esta gestação?		
Sim	1	3,2
Não	30	96,8
Se sim, qual complicação?		
Infecção Urinária	1	100,0
Teve alguma complicação médica em gestações anteriores?		
Sim	1	3,2
Não	30	96,8
Fez alguma cirurgia recentemente?		
Sim	1	3,2
Não	30	96,8
Toma alguma medicação regularmente?		
Sim	14	45,2
Não	17	54,8
Medicação que faz uso regular		
Sulfato ferroso	1	7,1
Materna	12	85,7
Não especificou	1	7,1

Em relação a prática de exercícios físicos, um estudo realizado por Rinaldi *et al.*,¹⁰ revela que entre as atividades mais comuns estão a caminhada e a musculação, semelhantes às opções indicadas em sua pesquisa. Segundo os autores, a caminhada, como exercício aeróbico leve, é recomendada para gestantes devido aos seus benefícios na circulação e controle de peso. Da mesma forma, a

musculação tem ganho adesão, especialmente para manter a resistência muscular e promover o bem-estar, o que ajuda na preparação para o parto.

No que diz respeito à orientação profissional, 22,6% das gestantes receberam recomendação médica ou de um profissional de saúde para realizar exercícios físicos durante a gestação, e 83,9% relataram acompanhamento por um profissional durante suas atividades. Apesar disso, 6,5% receberam orientações para evitar a prática de exercícios físicos. Quando questionadas sobre preocupações em relação aos exercícios, apenas 6,5% expressaram preocupações específicas.

Entre aquelas que não praticavam exercícios durante a gestação, a falta de rede de apoio foi o principal motivo relatado (56,5%), seguida pela falta de disposição (30,4%). Esses dados ressaltam a importância do suporte adequado e de informações claras para promover a prática de atividades físicas entre gestantes, além de apontar os desafios enfrentados, como o sedentarismo prévio e preocupações relacionadas à saúde do bebê.

Pesquisas semelhantes identificam a falta de apoio social como uma barreira comum, com cerca de 50–60% das mulheres grávidas citando apoio insuficiente como um obstáculo primário ao exercício regular. Além disso, fadiga, baixos níveis de energia e desconforto físico, particularmente no terceiro trimestre, são as principais barreiras frequentemente relatadas¹¹.

Tabela 3: Frequência e Distribuição das Variáveis Relacionadas à Prática de Exercícios Físicos Durante a Gestação.

Variável	n	%
Pratica algum tipo de exercício físico regularmente?		
Sim	8	25,8
Não	23	74,2
Exercício físico praticado		
Musculação	2	25,0
Zumba	1	12,5
Caminhada	1	12,5
Não especificou	4	50,0
Antes da gestação, praticava algum exercício físico?		
Sim	20	64,5
Não	11	35,5
Exercício físico praticado antes da gestação		
Musculação	6	54,5
Musculação e Zumba	1	9,1
Caminhada	1	9,1
Não especificou	3	27,3

Tabela 3: Continuação.

Variável	n	%
Teve orientação médica ou de um profissional de saúde para praticar exercícios durante a gestação?		
Sim	7	22,6
Não	24	77,4
Tem alguma preocupação específica em relação à prática de exercícios durante a gestação?		
Sim	2	6,5
Não	28	90,3
Não especificou	1	3,2
Tem acompanhamento de um profissional de saúde para a prática de exercícios durante a gestação?		
Sim	26	83,9
Não	4	12,9
Não especificou	1	3,2
Teve alguma recomendação para deixar ou para não praticar exercício durante a gestação?		
Sim	2	6,5
Não	29	93,5
Se você não pratica exercício físico na gestação, qual o motivo?		
Falta de disposição	7	30,4%
Falta de rede de apoio	13	56,5%
Já era sedentária antes e não quis se exercitar	1	4,3%
Medo de fazer mal para o bebê	1	4,3%
Não reconhece os benefícios do exercício físico	1	4,3%

Em comparação com a tabela 4, estudos sobre a atividade física na gestação utilizando o Questionário de Atividade Física na Gravidez (PPAQ) apresentam dados quantitativos semelhantes aos encontrados neste estudo, que apontou que a média de atividades leves variou entre 300 a 800 MET-min/semana, enquanto as atividades moderadas e vigorosas somaram cerca de 1200 a 3500 MET-min/semana para algumas gestantes ativas¹².

Tabela 4: Classificação do Nível de Atividade Física Avaliada pelo Questionário de Atividade Física na Gravidez (PPAQ).

Nível de Atividade Física	Média	DP	p
Atividade Leve	0	0	-
Atividade Moderada	1215	318,20	0,999
Atividade Vigorosa	3483,88	832,39	0,861

A tabela 5 apresenta a classificação do nível de atividade física das mulheres grávidas participantes do estudo "A Prática de Exercícios Físicos/Atividade Física na Gestação e os Fatores que Contribuem para o Sedentarismo". Utilizando o Questionário de Atividade Física na Gravidez (PPAQ), foram coletados dados sobre diferentes categorias de atividades, incluindo atividades domésticas, esportes, deslocamentos e inatividade, expressos em MET-min/semana (Metabolismo Equivalente em minutos por semana).

Tabela 5: Classificação do Nível de Atividade Física em Gestantes Avaliada pelo Questionário de Atividade Física na Gravidez (PPAQ).

Paciente	Atividades Domésticas	MET (min/semana)	Desporto	MET (min/semana)	Deslocação	MET (min/semana)	Inatividade	MET (min/semana)	MET TOTAL (min/semana)	Classificação da Atividade
1	8,25	1485	2,25	945	0,75	90	3,5	210	2730	Atividade Vigorosa
2	19	3420	3	1260	4,5	540	4,1	246	5466	Atividade Vigorosa
3	12	2160	3,25	1365	1,25	150	5,25	315	3990	Atividade Vigorosa
4	9	1620	4,5	1890	2,25	270	4,5	270	4050	Atividade Vigorosa
5	4,75	855	0,75	315	0,25	30	4	240	1440	Atividade Moderada
6	3	540	0	0	0,25	30	7	420	990	Atividade Moderada
7	10,25	1845	2,25	945	1	120	3,25	195	3105	Atividade Vigorosa
8	11,75	2115	0	0	0	0	2,25	135	2250	Atividade Vigorosa
9	8,25	1485	1,25	525	2,25	270	3,75	225	2505	Atividade Vigorosa
10	9,75	1755	5,25	2205	3	360	2,5	150	4470	Atividade Vigorosa
11	11,25	2025	3	1260	1,5	180	3,75	225	3690	Atividade Vigorosa
12	12	2160	0	0	1,75	210	3,75	225	2595	Atividade Vigorosa
13	12,75	2295	3	1260	3	360	3,75	225	4140	Atividade Vigorosa
14	12,75	2295	2,5	1050	2,5	300	4,5	270	3915	Atividade Vigorosa
15	12,75	2295	2,25	945	1,5	180	4,5	270	3690	Atividade Vigorosa
16	12,75	2295	0,75	315	1	120	4,5	270	3000	Atividade Vigorosa
17	10,25	1845	1,75	735	1,5	180	2,25	135	2895	Atividade Vigorosa
18	13,75	2475	2	840	1,5	180	4,5	270	3765	Atividade Vigorosa
19	13,75	2475	0	0	2,25	270	3,75	225	2970	Atividade Vigorosa

A análise dos dados permitiu classificar o nível de atividade das gestantes em "Atividade Vigorosa" e "Atividade Moderada", com a maioria das participantes demonstrando um envolvimento significativo em atividades físicas vigorosas. Este resultado evidencia a importância da atividade física durante a gestação e os potenciais benefícios associados, além de ressaltar a necessidade de estratégias que incentivem a prática regular de exercícios entre gestantes.

O uso do Questionário de Atividade Física na Gravidez (PPAQ) para avaliar a atividade física das gestantes é muito utilizado para coletar dados sobre diferentes categorias de atividades. Em um estudo realizado por Plachetka *et al.*,¹³, identificou que as mulheres na segunda e terceira gestação geralmente realizam atividades de intensidade moderada a vigorosa, com um gasto energético semanal variado entre atividades domésticas, trabalho e exercícios. As gestantes no estudo apresentaram valores de MET mais elevados para atividades intensas, com a média semanal de 28 MET/h para o segundo trimestre e 16 MET/h para o terceiro, que são as recomendações para esses períodos da gestação. Esses dados corroboram a análise de que atividades físicas vigorosas são predominantes entre gestantes.

CONCLUSÃO

O presente estudo identificou e analisou os fatores que contribuem para o sedentarismo durante a gestação. Apesar dos benefícios amplamente reconhecidos da atividade física nesse período, como o controle de peso, a melhoria da qualidade do sono e a promoção da saúde cardiovascular tanto para a mãe quanto para o bebê — muitas gestantes permanecem inativas. Os principais desafios relatados incluem a falta de tempo, desconfortos físicos, acesso limitado a espaços adequados e a ausência de orientação profissional.

Os dados obtidos indicam que, embora a maioria das gestantes esteja envolvida em alguma forma de atividade física, poucas conseguem manter uma rotina regular e disciplinada. Entre as participantes, relataram praticar exercícios físicos de forma regular, sendo a musculação e a caminhada as atividades mais frequentes. Antes da gestação, já praticavam alguma modalidade de exercício, destacando-se novamente a musculação.

Dessa forma, este estudo reforça a necessidade de políticas públicas e programas de saúde que incentivem a prática de exercícios físicos entre gestantes. Garantir acesso a recursos, orientação qualificada e ambientes adequados pode ser decisivo para combater o sedentarismo e promover uma gestação mais saudável. Futuras pesquisas devem explorar intervenções específicas para superar as

barreiras identificadas e avaliar a eficácia de iniciativas educativas direcionadas a esse público. Assim, este trabalho não apenas destaca os achados principais, mas também aponta caminhos práticos e oportunidades para investigações futuras sobre o tema.

REFERÊNCIAS

1. Campos M dos SB, Buglia S, Colombo CSS de S, Buchler RDD, Brito ASX de, Mizzaci CC, et al. Posicionamento sobre Exercícios Físicos na Gestação e no Pós-Parto – 2021. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2021.
2. Pacífico, AB. Atividade física e saúde na infância e na adolescência. Ed. Intersaberes. 2023.
3. Estrela C. Metodologia Científica. Artes Médicas; 2018.
4. Takito MY, Neri L de CL, Benício MHD. Avaliação da reprodutibilidade e validade de questionário de atividade física para gestantes. Revista Brasileira de Medicina do Esporte. 2008 Apr;14(2):132–8.
5. Brasil. Informações de Saúde (TABNET)-DataSUS; 2022.
6. Jacob LM da S, Santos AP, Lopes MHB de M, Shimo AKK. Perfil socioeconômico, demográfico e obstétrico de gestantes com Síndrome Hipertensiva de uma maternidade pública. Revista Gaúcha de Enfermagem [Internet]. 2020 Jun 1;41:e20190180.
7. Leite CR, Vanessa A, Martins S. Perfil das gestantes atendidas pelo SUS no ano de 2022. Revista Recien [Internet]. 2024 Jun 13 [cited 2024 Dec 31];14(42):352–66
8. Atenção Materna e Neonatal: ANS disponibiliza dados importantes na saúde suplementar [Internet]. Agência Nacional de Saúde Suplementar. <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/atencao-materna-e-neonatal-ans-disponibiliza-dados-importantes-na-saude-suplementar>
9. Bittencourt, SA, Sequetin M, Maria R, Almeida B, Dias ML, Torres JP, et al. Nascer no Brasil: continuity of care during pregnancy and postpartum period for women and newborns. Revista De Saude Publica. 2020 Oct 30;54:100–0.
10. Rinaldi AEM, Paula JA de, Almeida MAM, Corrente JE, Carvalhaes MABL. Tendência dos padrões de atividade física de gestantes residentes nas capitais brasileiras. Revista de Saúde Pública [Internet]. 2022 May 27;56:42.
11. Connolly CP, Feltz DL, Pivarnik JM. Overcoming Barriers to Physical Activity During Pregnancy and the Postpartum Period: The Potential Impact of Social Support. Kinesiology Review. 2014 May;3(2):135–48.
12. Chasan-Taber, L; Staudenmayer, J; Strath, S; Freedson, P. Update and Novel Validation of a Pregnancy Physical Activity Questionnaire. Am. J. Epidemiol. 2023; 192:1743–1753.
13. Plachetka A, Glowacka M, Grajek M, Krupa-Kotara K. Evaluation of physical activity of women in the second and third trimester of pregnancy using the standardized PPAQ questionnaire—a pilot study. Qual Sport [Internet]. 2023 May 9 [cited 2024 Dec. 31]; 13:54-71.

Conhecimento de acadêmicos sobre fisioterapia nas disfunções sexuais masculinas em uma faculdade do nordeste brasileiro



Ana Clara Vieira Nunes¹, Carla Gislayne Sousa de Oliveira¹
Raimunda Iranilde Pereira da Silva² e Greice Lanna Sampaio do Nascimento³

Submissão: 03/12/2024

Aceite: 05/12/2024

Publicação: 30/12/2024

RESUMO

Panorama: A disfunção sexual masculina (DSM) traz sérias dificuldades durante qualquer estágio da atividade sexual, mas a fisioterapia para este fim é pouco conhecida. **Objetivo:** Analisar o nível de conhecimento de acadêmicos sobre a atuação fisioterapêutica nas disfunções sexuais masculinas. **Método:** Foram incluídos homens jovens com vida sexual ativa, matriculados na Faculdade de Educação São Francisco, sendo excluídos menores de 18 anos e homens que não tenham relações sexuais. **Resultados:** A grande maioria (90%) apresentou algum grau de DSF. A distribuição demográfica e acadêmica dos 50 participantes do estudo foi feita com base em quatro variáveis principais: faixa etária, estado civil, etnia e curso frequentado. A maioria conhecia as DSM, mas não conhecia fisioterapia para DSM. **Conclusão:** A maioria dos jovens apresenta algum grau de DSF, e embora a fisioterapia pélvica apresente bons resultados no tratamento, a maioria desconhece este recurso.

ABSTRACT

Background: Male sexual dysfunction (MSD) causes serious difficulties during any stage of sexual activity, but physiotherapy for this purpose is little known. **Aims:** To analyze the level of knowledge of academics about physiotherapy in male sexual dysfunctions. **Method:** Young men with an active sexual life, enrolled in the São Francisco School of Education, were included, excluding those under 18 years of age and men who do not have sexual relations. **Results:** The vast majority (90%) presented some degree of MSD. The demographic and academic distribution of the 50 study participants was based on four main variables: age range, marital status, ethnicity and course attended. Most were aware of MSD, but did not know about physiotherapy for MSD. **Conclusion:** Most young men have some degree of MSD, and although pelvic physiotherapy presents good results in the treatment, most are unaware of this resource.

¹ Discente de Fisioterapia, Faculdade de Educação São Francisco, FAESF, Pedreiras, MA, a.anac8@gmail.com

² Fisioterapeuta graduada na Faculdade de Educação São Francisco, FAESF, Pedreiras, MA.

³ Mestre Docente de Fisioterapia na Faculdade de Educação São Francisco, FAESF, Pedreiras, MA, glsn@faesf.com.br

INTRODUÇÃO

A sexualidade é uma força que permeia toda vida humana, é parte complementar da característicados indivíduos, uma carência primordial para a condição de vida e bem-estar completo de todo ser humano. A sexualidade é definida pela anatomia, fisiologia, a cultura em que uma pessoa se vive, e as experiências criadas no decorrer do ciclo de vida, podendo ser manifestada de várias formas: imaginação, desejos, sensações, condições físicas e mentais¹. As disfunções sexuais são capazes de estimular adversidades psicológicas nos homens, dessa maneira, levando o indivíduo a desenvolver uma disfunção sexual, tendo em vista que o psicólogo é um fator que influencia diretamente no surgimento de distúrbios.

A disfunção sexual é uma condição que afeta tanto homens como mulheres, trazendo sérias dificuldades durante qualquer estágio da atividade sexual, a disfunção pode acarretar múltiplos sentimentosnegativos ao individuo, podendo ser indício de outras doenças como diabetes, hipertensão, dislipidemia, obesidade, doença coronariana, e pode ainda dificultar a aderência do indivíduo a um tratamento de outra doença mais grave². Assim, é um assunto muito importante a ser abordado, pois é possível ser visto como um assunto de saúde pública e em diversos momentos, por não ser muito pesquisado, os indivíduosencontram-se com esses distúrbios por um longo período de sua vida, o que pode acabar gerando outras atribulações com suas parcerias e até mesmo problemas psicológicos.

A Disfunção Sexual Masculina (DSM), pode manifestar-se de diversas maneiras, como baixo desejo sexual, doença de Peyronie, disfunção erétil, distúrbios da ejaculação e do orgasmo, dentre outras formas. Aproximadamente 1 a cada 3 homens apresentarão algum tipo de disfunção sexual em sua vida, e sendo bastante variadas, as causas podem ser neurológicas, vasculares, endócrinas, psicológicas,interpessoais e socioculturais³. A prevalência das disfunções sexuais masculinas é em homens adultos jovens, sendo bastantes distintas, situando-se entre 31% a 46,2%⁴.

Com isso, a Fisioterapia exerce um importante papel na disfunção sexual, sendo primordial na avaliação e no tratamento. As formas de tratamento são muitas, entre elas, a fisioterapia pélvica que busca fortalecer e estimular a musculatura do assoalhopélvico. Os músculos do assoalho pélvico representam uma parte relevante na função sexual, portanto, profissionais fisioterapeutas especializados nessa área devem ser procurados para auxiliar no tratamento de disfunção sexual⁵. Portanto, teve como indagação: qual o nível de conhecimento de acadêmicos sobre a atuação

fisioterapêutica nas disfunções sexuais masculinas? Objetivando fazer uma análise com os acadêmicos de uma IES de Pedreiras sobre o seu conhecimento acerca das disfunções sexuais.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal descritivo, visando uma abordagem quantitativa e os aspectos qualitativos, de acordo com o modelo metodológico a pesquisa foi realizada com a aplicação de dois questionários afim de verificar os dados obtidos ao final da pesquisa. A população do estudo foi constituída por homens jovens que tenham a vida sexual ativa. Os participantes foram convidados por uma abordagem direta entre os alunos que estão matriculados em todos os cursos de graduação da Faculdade de Educação São Francisco, que tenham práticas sexuais e que aceitem participar da pesquisa por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

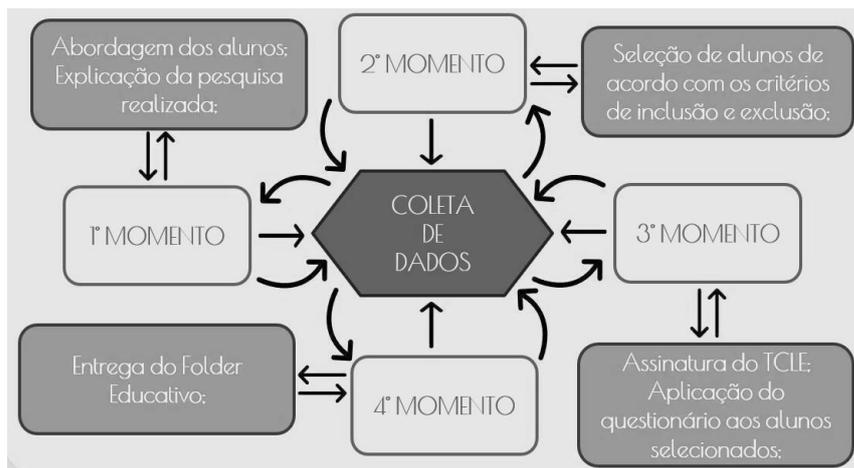
Foram incluídos no estudo jovens do sexo masculino com idade igual ou maior de 18 anos, que tiveram ou tenham uma vida sexual ativa há pelo menos 1 ano. Foram excluídos do estudo homens com a faixa etária menor que 18 anos, e homens que não tenham relações sexuais. A coleta de dados ocorreu no mês de Agosto de 2024, nas salas de aula de forma presencial, os questionários foram aplicados de forma online através da plataforma Google Forms, os alunos receberam um link de acesso aos questionários, no qual responderam pelo seu próprio aparelho celular. Os alunos tiveram suporte dos autores durante toda a coleta nas salas de aulas, para esclarecer quaisquer dúvidas que ocorra, evitando que aconteça erros.

Um dos questionários foi criado pelos autores e funcionou como uma triagem para saber se estavam ou não de acordo com os critérios de inclusão, as perguntas foram fechadas (sim ou não) sobre o conhecimento deles na fisioterapia. O outro questionário que foi utilizado é o Quociente Sexual - Versão Masculina (QS- M), validado que avaliou a função sexual masculina e auxiliou na identificação de alguma disfunção sexual masculina, o formulário foi composto por 10 perguntas que devem ser avaliadas em uma escala de 0 a 5. O resultado é multiplicado por 2, resultando em uma pontuação entre 0 e 100, sendo que valores mais altos indicam melhor desempenho/satisfação sexual.

Os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores. Com o objetivo de não interferir os acadêmicos na hora de responder aos questionários ao final da pesquisa, foi entregue um folder que

aborda a atuação da fisioterapia na saúde do homem.

Figura 1: Fluxograma do estudo.



Após coleta, os dados foram tabulados em uma planilha eletrônica (Microsoft Excel® 2010 Redmond, WA, EUA). Com o objetivo de caracterizar sociodemograficamente a amostra. A análise descritiva foi estabelecida por meio de frequências absolutas e relativas percentuais visto que as variáveis do estudo são quantitativas. Com o auxílio do software estatístico, SPSS versão 22.0 para Windows por meio do teste qui-quadrado e pelo coeficiente de correlação de V de Cramer. O nível de significância foi fixado em 5%.

Esta pesquisa está de acordo com os princípios éticos da pesquisa com seres humanos definidos pela resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e será submetido pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e teve aprovação com o número CAAE 73065823.1.0000.8007, e juntamente com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Tabela 1 apresenta a distribuição demográfica e acadêmica dos 50 participantes do estudo, com base em quatro variáveis principais: faixa etária, estado civil, etnia e curso frequentado. No que diz respeito à faixa etária, a maioria dos participantes (68%) situa-se entre os 21 e os 25 anos, seguidos de 18% na faixa dos 26 a 30 anos. Apenas 8% têm entre 18 e 20 anos, 4% entre 31 e 35 anos, e apenas 2% têm entre 36 e 40 anos. Quanto ao estado civil, 70% dos participantes são solteiros e 30% são casados. Relativamente à etnia, a maior parte dos participantes identifica-se como pardos (62%).

A prevalência de disfunções sexuais aumenta com a idade, com 12,4 novos casos a cada

1.000 homens de 40 anos e 46,4 casos para aqueles de 60 anos⁶. Além disso, fatores como hipertensão, diabetes e estilo de vida sedentário têm forte relação com o problema. Em termos de etnia, a prevalência varia, sendo mais comum entre homens de grupos socioeconômicos mais baixos. No Brasil, a prevalência de DS é significativa, com características socioeconômicas influenciando essa condição, mas sem associações claras entre DS e etnia⁷.

No que se refere ao curso acadêmico, a fisioterapia foi o curso mais representado, com 32% dos participantes. Seguiram-se ciências contábeis (18%), direito (16%), educação física (14%), administração (10%), enfermagem (8%) e nutrição (2%). Este perfil demográfico e acadêmico dos participantes reflete uma diversidade em termos de idade, estado civil, etnia e área de estudo, o que contribui para a riqueza da análise do estudo sobre o conhecimento de acadêmicos sobre a atuação fisioterapêutica nas disfunções sexuais masculinas.

Tabela 1 - Distribuição dos Participantes por Faixa Etária, Estado Civil, Etnia e Curso.

Variável	n	%
Faixa etária		
18 a 20 anos	4	8,0
21 a 25 anos	34	68,0
26 a 30 anos	9	18,0
31 a 35 anos	2	4,0
36 a 40 anos	1	2,0
Estado civil		
Casado	15	30,0
Solteiro	35	70,0
Etnia		
Amarela	0	0,00
Branca	9	18,0
Negra	10	20,0
Parda	31	62,0
Curso		
Administração	5	10,0
Ciências contábeis	9	18,0
Direito	8	16,0
Educação física	7	14,0
Enfermagem	4	8,0
Fisioterapia	16	32,0
Nutrição	1	2,0
TOTAL	50	100,0

A Tabela 2 apresenta a distribuição de frequências e percentuais das respostas dos participantes a respeito do conhecimento sobre Disfunção Sexual Masculina (DSM) e a atuação fisioterapêutica no tratamento dessas disfunções. Dos participantes, 68% afirmaram já ter ouvido

falar em DSM, e o mesmo percentual indicou saber o que é DSM. No entanto, apenas 36% dos inquiridos sabiam que a fisioterapia pode tratar as disfunções sexuais, enquanto 26% já tinham ouvido falar em alguma técnica fisioterapêutica relacionada.

Tabela 2: Conhecimento de disfunções sexuais masculinas e fisioterapia nos acadêmicos estudados.

Variável	n	%
Você já ouviu falar em Disfunção Sexual Masculina?		
Sim	34	68,0
Não	16	32,0
Você sabe o que é Disfunção Sexual Masculina?		
Sim	34	68,0
Não	16	32,0
Você acha que já teve alguma Disfunção Sexual?		
Sim	28	56,0
Não	22	44,0
Você sabia que a fisioterapia trata as Disfunções Sexuais?		
Sim	18	36,0
Não	32	64,0
Já ouviu falar em alguma técnica da fisioterapia nas DSM?		
Sim	13	26,0
Não	37	74,0
Você acha que a fisioterapia pode melhorar a vida Sexual Masculina?		
Sim	33	66,0
Não	17	34,0
Você saberia identificar algum sintoma da Disfunção Sexual Masculina?		
Sim	26	52,0
Não	24	48,0
Como você considera a sua vida sexual atualmente?		
Boa	17	34,0
Ótima	26	52,0
Regular	2	4,0
Ruim	5	10,0
Você considera importante na saúde do homem conhecer as DSM?		
Sim	48	96,0
Não	2	4,0
Você sabe o que é Disfunção Erétil?		
Sim	47	94,0
Não	3	6,0
Você sabe o que é Ejaculação Precoce?		
Sim	49	98,0
Não	1	2,0
Você sabe o que é Ejaculação Retarda?		
Sim	40	80,0
Não	10	20,0
Você sabe o que é Ejaculação Retrógrada?		
Sim	29	58,0
Não	21	42,0

Tabela 2: Continuação.

Variável	n	%
Você sabe o que é Transtorno do Desejo Sexual Hipoativo?		
Sim	11	22,0
Não	39	78,0
Você sabe o que é Doença de Peyronie?		
Sim	10	20,0
Não	40	80,0
Você sabe o que é Anorgasmia?		
Sim	10	20,0
Não	40	80,0
TOTAL	51	100,0

Corroborando para esses resultados, o estudo realizado por Sousa *et al.*, (2024), entre estudantes de fisioterapia evidenciou que a maioria dos participantes tinha conhecimento básico sobre disfunções sexuais, mas muitos desconheciam a atuação da fisioterapia, especialmente em casos específicos como a disfunção erétil vasculogênica.

Um estudo semelhante abordou o nível de conhecimento dos estudantes sobre terapias físicas, como a fisioterapia pélvica e o uso de ondas de choque, destacando que muitos estudantes se mostraram familiarizados com o conceito de disfunção erétil e que um número significativo sabia que a fisioterapia poderia ser eficaz no tratamento dessas condições⁸.

Quando questionados sobre a importância da fisioterapia na melhoria da vida sexual masculina, 66% dos participantes acreditam que a fisioterapia pode ter um impacto positivo. Curiosamente, 96% consideram importante que os homens tenham conhecimento sobre as disfunções sexuais masculinas. Por outro lado, apenas 22% sabiam o que é Transtorno do Desejo Sexual Hipoativo, e 20% tinham conhecimento sobre a Doença de Peyronie ou Anorgasmia, o que evidencia uma lacuna no conhecimento sobre condições específicas associadas às disfunções sexuais.

Trata-se do papel da fisioterapia nas disfunções sexuais masculinas aponta que, embora os profissionais de fisioterapia reconheçam a importância dos músculos do assoalho pélvico para o funcionamento sexual masculino, a conscientização sobre condições como disfunção erétil e a Doença de Peyronie ainda é limitada entre muitos acadêmicos e profissionais da área (Buxton, 2019). Outro estudo indicou que embora as disfunções sexuais masculinas sejam frequentemente associadas a fatores psicológicos ou físicos, como problemas nos músculos do assoalho pélvico, ainda há uma falta de educação específica sobre tratamentos fisioterapêuticos para essas condições⁹.

Este panorama sugere que, embora a maioria dos inquiridos tenha algum conhecimento sobre DSM, há uma necessidade de maior divulgação de informações sobre o papel da fisioterapia no tratamento dessas condições, bem como sobre sintomas e outras disfunções menos conhecidas.

A Tabela 3 apresenta a distribuição dos participantes de acordo com a classificação da sua função sexual. Observa-se que a maioria dos indivíduos (40%) foi classificada com Disfunção Sexual Moderada, seguida por 38% dos participantes com Disfunção Sexual Leve. Apenas 12% dos indivíduos apresentaram Disfunção Sexual Severa, enquanto 10% foram classificados como tendo Função Sexual Saudável. O valor de $p = 0,981$ indica que não houve uma diferença estatisticamente significativa nas distribuições observadas. A amostra total foi composta por 50 participantes.

Em estudos recentes, dados sobre disfunção sexual masculina moderada e leve em uma pesquisa de 2023 mostrou que 34,8% dos homens entre 40 e 70 anos apresentaram disfunção erétil de leve a moderada (Goldstein *et al.* 2020). Em outros estudos, a prevalência de disfunções sexuais de moderada a leve variou entre 20% a 40% da população masculina, refletindo a importância de estratégias de intervenção e conscientização sobre essas condições¹⁰.

Os resultados dos estudos de Goldstein *et al.*, (2020) e de Stein e colaboradores (2019), trazem semelhança com os resultados deste estudo, ao indicar uma prevalência considerável de disfunções sexuais de grau moderado e leve na população masculina.

Tabela 3: Distribuição dos Participantes por Classificação da Função Sexual segundo o questionário quociente sexual – versão masculina (QSM).

Severidade da DSM	n	%	p
DSM Severa	6	12,0	0,981
DSM Moderada	20	40,0	
DSM Leve	19	38,0	
Função Sexual Saudável	5	10,0	
Total	50	100,0	

A Tabela 4 apresenta os resultados da análise de correlação entre variáveis sociodemográficas e a classificação da disfunção sexual masculina, utilizando o teste qui-quadrado e o coeficiente de correlação, com o respectivo valor-p para verificação da significância estatística. Os dados indicam que, embora os coeficientes de correlação sugiram associações moderadas, nenhuma das correlações entre as variáveis analisadas (estado civil, idade, curso, e a avaliação da vida sexual) e a classificação da disfunção sexual se mostrou estatisticamente significativa (valor-p > 0,05).

Tabela 4: Correlação entre Variáveis Sociodemográficas e Classificação da Disfunção Sexual Masculina.

Correlação	Teste qui-quadrado	Coefficiente de correlação*	p
Estado civil e a classificação da disfunção	5,67	0,34	0,129
Idade e a classificação da disfunção	28,65	0,44	0,888
Curso e a classificação da disfunção	28,29	0,43	0,555

A análise entre o estado civil e a classificação da disfunção sexual apresentou um coeficiente de correlação de 0,34 e um valor-p de 0,129, não indicando uma associação estatisticamente significativa. Da mesma forma, a correlação entre idade e a classificação da disfunção apresentou um coeficiente de 0,44, com um valor-p de 0,888, sugerindo que a idade não tem impacto direto na classificação da disfunção. O curso do participante também não apresentou uma associação significativa, com um coeficiente de correlação de 0,43 e um valor-p de 0,555.

De acordo com de Mark *et al.*, (2024), o estado civil e a idade parecem ter uma relação diferenciada com a disfunção sexual. A disfunção sexual é mais prevalente entre os indivíduos com má saúde física e emocional, particularmente nos homens. Neste estudo não houve uma correlação significativa entre o estado civil, a idade ou o curso de estudos com a classificação da disfunção sexual, o que está de acordo com o estudo de Mark *et al.*, (2024), que confirmou que fatores como a qualidade da relação e o bem-estar emocional têm um maior impacto na disfunção sexual do que variáveis puramente demográficas como a idade.

CONCLUSÃO

A atuação fisioterapêutica nas disfunções sexuais masculinas emerge como uma abordagem terapêutica eficaz, capaz de tratar diversas condições que afetam a saúde sexual masculina, como a disfunção erétil, a ejaculação precoce, a incontinência urinária e as disfunções do assoalho pélvico. Esse campo da fisioterapia, ao focar no fortalecimento muscular, na melhora da circulação sanguínea, no controle da ansiedade e na reeducação postural, propõe um tratamento baseado na evidência científica, com benefícios duradouros e sem os efeitos colaterais muitas vezes associados a terapias medicamentosas.

O estudo atingiu o objetivo de avaliar o nível de conhecimento de acadêmicos sobre a atuação da fisioterapia no tratamento das disfunções sexuais masculinas. A pesquisa investigou a percepção e o entendimento dos estudantes sobre a importância da fisioterapia nesse contexto, além de analisar as práticas terapêuticas aplicadas para a abordagem de condições como disfunção erétil, ejaculação

precoce e outras dificuldades sexuais. Os resultados sugerem que, embora os acadêmicos apresentem um conhecimento básico sobre o tema, há lacunas significativas na compreensão das técnicas específicas utilizadas na fisioterapia para o tratamento dessas disfunções.

Além disso, a fisioterapia contribui de maneira indireta para o tratamento das MSD ao atuar sobre fatores psicossociais, como estresse, ansiedade e baixa autoestima, que frequentemente agravam ou até mesmo desencadeiam essas condições. O processo terapêutico, que inclui o aumento da consciência corporal e técnicas de relaxamento, pode reduzir o impacto emocional relacionado à disfunção sexual, promovendo a recuperação não apenas física, mas também psicológica do paciente. Estudos como esses são necessários para trazer mais evidências científicas e para que possamos recomendar mais estudos nessa área. A ampliação das evidências permitirá não apenas uma melhor compreensão dos mecanismos fisiológicos envolvidos nas disfunções sexuais, mas também proporcionará dados concretos para a elaboração de diretrizes clínicas mais eficazes.

REFERÊNCIAS

1. Meireles GS. Aspectos Psicológicos Das Disfunções Sexuais. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*. 2019 Dec 31;30(2):47–54.
2. Starc A. Infertility and Sexual Dysfunctions: A Systematic Literature Review. *Acta Clinica Croatica*. 2019;58(3).
3. Anderson D, Kumar D, Divya D, Zepeda JL, Razzak AN, Hasoon J, et al. Mental Health in Non-Oncologic Urology Patients. *Health Psychology Research*. 2022 Sep 23;10(3).
4. Silva, NSP, Uchôa, SMM, Carvalho, VCP, Uchôa, EPBL. Prevalência de disfunção sexual masculina em adultos jovens. *Conjecturas*, 2021 21; 6, 36-53.
5. Stein A, Sauder SK, Reale J. The Role of Physical Therapy in Sexual Health in Men and Women: Evaluation and Treatment. *Sexual Medicine Reviews*. 2019 Jan;7(1):46–56.
6. Sarris AB, Nakamura MC, Fernandes LGR, Staichak RL, Pupulim AF, Sobreiro BP. Fisiopatologia, avaliação e tratamento da disfunção erétil: artigo de revisão. *Revista de Medicina [Internet]*. 2016 Jul 21;95(1):18–29. Available from: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/98277/115607>
7. Abdo CHN, Oliveira Jr WM de, Scanavino M de T, Martins FG. Disfunção erétil: resultados do estudo da vida sexual do brasileiro. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2006 Dec;52(6):424–9.
8. Sousa, KM. Atuação do fisioterapeuta na disfunção erétil de causa vasculogênica: revisão sistemática. *Ufdparedubr [Internet]*. 2024 [cited 2024 Dec 5]; Available from: <https://repositorioinstitucional.ufdpar.edu.br/handle/prefix/586>

9. Franco ASG, Cardoso MN, Silva KCC da. A abordagem fisioterapeuta na disfunção erétil. *Research, Society and Development*. 2021 Oct 10;10(13):e221101321156.
10. Buxton, S. Can Physiotherapy Really Help with Erectile Dysfunction? [Internet]. *Physiospot – Physiotherapy and Physical Therapy in the Spotlight*. 2019 [cited 2024 Dec 5].
11. Yaacov D, Nelinger G, Kalichman L. The Effect of Pelvic Floor Rehabilitation on Males with Sexual Dysfunction: A Narrative Review. *Sexual Medicine Reviews*. 2021 Apr;
12. Goldstein I, Goren A, Li VW, Tang WY, Hassan TA. Epidemiology Update of Erectile Dysfunction in Eight Countries with High Burden. *Sexual Medicine Reviews*. 2020 Jan;8(1):48–58.
13. Stein A, Sauder SK, Reale J. The Role of Physical Therapy in Sexual Health in Men and Women: Evaluation and Treatment. *Sexual Medicine Reviews*. 2019 Jan;7(1):46–56.
14. Mark KP, Arenella K, Girard A, Herbenick D, Fu J, Coleman E. Erectile dysfunction prevalence in the United States: report from the 2021 National Survey of Sexual Wellbeing. *The journal of sexual medicine*. 2024 Feb 26.

Focos de Endometriose não são tecido endometrial: Teoria da Origem Cinesiológico-Funcional



Alessandra Ayala¹, Gustavo F. Sutter Latorre²

RESUMO

Panorama: À parte um conhecimento ao pior estilo telefone-sem-fio, até o presente momento inexistente um real consenso sustentado em evidências sobre as reais causas da endometriose. **Objetivo:** Descrever o tipo de célula encontrada em exames histológicos de focos de endometriose, e discutir a nova teoria da origem cinesiológico-funcional destas dores. **Método:** Revisão sistemática de artigos publicados entre os anos de 1994 e 2024, com dados histológicos sobre o tipo de tecido encontrado em biópsias de focos endometrióticos. **Resultados:** Até o presente inexistente sequer uma biópsia de focos de endometriose revelando tecido endometrial genuíno. Acumula-se a evidência de que a endometriose não é causada por implantes ectópicos de menstruação retrógrada. Há evidências de que a dor é causada por aderências conectivas profundas, e de que a Manobra do Ligamento Largo pode resolver o problema. **Conclusão:** Endometriose não é menstruação retrógrada; esta ideia deve ser abandonada. A Manobra do Ligamento Largo é eficiente no alívio dos sintomas destas dores, e a ideia de cirurgia para esta condição deve ser urgentemente repensada.

ABSTRACT

Background: Apart from some knowledge in the best telephone game style, there is no real consensus supported by evidence about the real causes of endometriosis. **Aims:** To describe the type of cells found in histological examinations of endometriosis focuses, and to discuss the new theory of the kinesiological-functional origin for these pains. **Method:** Systematic review of papers published between 1994 and 2024, showing histological data on the type of tissue found in biopsies of endometriotic focuses. **Results:** Until now there is not a single biopsy of endometriosis focuses revealing genuine endometrial tissue. There is crescent evidence that endometriosis is not caused by ectopic implants of retrograde menstruation. There is evidence that pain is caused by deep connective adhesions, and the Broad Ligament Maneuver can solve the problem. **Conclusion:** Endometriosis is not retrograde menstruation; this idea should be abandoned. The Broad Ligament Maneuver is effective in relieving the symptoms of these pains, and the idea of surgery for this condition should be urgently reconsidered.

Submissão: 28/11/2024

Aceite: 05/12/2024

Publicação: 30/12/2024

gustavo@perineo.net

¹ Fisioterapeuta Pélvica, Rede Perineo.net, Florianópolis, SC, Brasil.

² Fisioterapeuta Pélvico, doutor em medicina (UFPR), Rede Perineo.net, Florianópolis, SC, Brasil.

INTRODUÇÃO

Em 1921, há exatos 103 anos, um cirurgião novaiorquino publicou uma reflexão a respeito de certas lesões, encontradas por acaso durante laparoscopias (abertura cirúrgica da cavidade abdominal para observação interior), lesões à época ainda totalmente incompreendidas. Em seu argumento, John Sampson supunha que aquelas lesões seriam causadas por células endometriais, regurgitadas pelas tubas uterinas durante um refluxo menstrual e implantadas de maneira alienígena nas fáscias internas, ligamentos e órgãos pélvicos¹. Interessantemente, por mais de 100 anos essa simples suposição, mesmo que sem a fundamentação científica necessária, sobreviveu e sobrevive até hoje entre todas as áreas das ciências da saúde, ao mais belo exemplo de um telefone-sem-fio. Apesar do consenso científico atual de que a ideia de implantes ectópicos de menstruação retrógrada não é mais aceitável como explicação para a endometriose², a realidade clínica continua bastante distinta dos fatos, reforçando a evidência do abismo pragmático que continua a existir entre a ciência acadêmica e a prática clínica.

Talvez o maior problema de se tratar uma condição para a qual sequer entendemos a patofisiologia básica, é que este tratamento só vai funcionar na base da sorte. Mas tentativa e erro não deve ser a melhor escolha quando se trata da saúde alheia. O raciocínio se torna particularmente assustador quando o tratamento em questão é a cirurgia.

Na prática, a realidade é que mulheres cujos “focos de endometriose” foram removidos cirurgicamente, numa suposta tentativa de tratar a dismenorreia e outras dores pélvicas crônicas, acabam deixando a mesa de cirurgia com as mesmas dores de antes³ além, é claro, dos novos desconfortos causados pela cirurgia em si. Somam-se ainda, a esta observação, todos os casos nos quais o útero todo, incluindo os ovários, é removido pelo mesmo – e malgrado – motivo.

Hoje já se sabe que a ideia de conseguir remover todos os focos de endometriose por meio de cirurgia não passa de crença, sem suporte na evidência disponível: boa parte das lesões ou não são visualizadas via laparoscopia, ou são mal diagnosticadas no momento do exame⁴. Reoperações são realizadas em pelo menos uma em cada cinco pacientes⁵⁻⁸, mas seriam elas necessárias?

O quadro fica ainda mais sombrio quando observamos que a cirurgia para endometriose é, de fato, um tratamento assustadoramente frequente. Somente pelo SUS, são operadas de endometriose cerca de 10 mil brasileiras ao ano⁹, isso sem contar toda a rede privada. Estas cirurgias causam

diversos tipos de complicações, como retenção urinária¹⁰, fístulas uretrais, ureterais e vesicais¹¹, infertilidade por diminuição da reserva ovariana¹², perfuração acidental do reto¹³, dentre outras tantas.

Ainda, antecipando aqueles que intentem o argumento de que *a evidência sustenta que a cirurgia alivia os sintomas de dor*, invocamos aqui as conclusões de Jarrell e colegas¹⁴, que há vinte anos mostraram que a cirurgia *sham* (uma espécie de “cirurgia-placebo”, onde a paciente é aberta, mas não operada) também resultou em “alívio da dor”. Pensar estar sendo operada também alivia os sintomas da endometriose.

As dores sofridas por mulheres diagnosticadas como endometriose são reais e cruéis⁹, bem como são reais as lesões internas à cavidade pélvica, responsáveis por estas dores¹. Porém tais lesões não são causadas por células endometriais ectópicas². Então, afinal, de que são compostos os tecidos destas lesões? Ante o exposto, o presente estudo objetivou descrever o tipo de tecido contido em exames histológicos de lesões endometrióticas, bem como discutir as possíveis causas kinesiológico-funcionais relacionadas a estas lesões.

MÉTODO

Revisão sistemática das bases de dados PUBMED, Scielo e LILACS, restrita a ensaios clínicos em humanas, publicados entre 1994 e 2024, incluindo estudos que descreveram observações histológicas diretas, de tecidos coletados laparoscopicamente, de supostos focos de endometriose, a partir das palavras-chaves *endometriose*, *biópsia*, *histologia* e *diagnóstico*, bem como suas associações e variantes em inglês. Os títulos de todos os retornos foram selecionados por dois pesquisadores de modo independente, que a partir daí efetuaram a leitura dos resumos, decidindo ou não pela inclusão. Após a leitura dos textos completos, foram excluídos estudos que descreviam a histologia sem citar exatamente qual tipo de tecido fora visualizado no exame. Desacordos foram resolvidos em reunião de consenso. Estudos foram organizados por autor, ano, método e resultados histológicos, para posterior discussão às luzes do atual estado da arte.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As buscas brutas na base de dados PUBMED retornaram 185 artigos, 32 incluídos, mas

todos posteriormente excluídos. Resultado semelhante se observou para a base Scielo, que retornou sete estudos, nenhum incluído, bem como para a base LILACS, que retornou doze estudos, três incluídos e todos posteriormente excluídos.

A principal causa para não inclusão foi a descrição clara, já no resumo, de que os exames histológicos haviam utilizado apenas a aparência da lesão como critério diagnóstico. Para os poucos resumos que sobreviveram à inclusão, por citarem diagnóstico por histologia, a causa de exclusão foi que a leitura do artigo na íntegra revelou que o exame histológico em questão não citou o tipo de célula observado.

Surpreendentemente, nenhum dos estudos histológicos sobre amostras de endometriose descreveu o tipo de tecido em si, aparentemente por partirem da premissa, ao que parece dogmática, de que as amostras colhidas pela laparoscopia eram seguramente tecido endometrial fora de seu sítio anatômico habitual, sem a necessidade de conferência.

A maior preocupação dos estudos histológicos não foi observar qual tipo de células eram encontradas nas lesões, mas em classificar de acordo com a “severidade” do problema de acordo com o estadiamento da *American Society of Reproductive Medicine*, dando atenção para características geométricas da lesão, como largura e profundidade dos focos e sua distribuição, e não o tipo de tecido em si.

‘Dogma’ é aquela “verdade” que esquecemos de questionar. Ao que parece, o profissional que coleta a biópsia acredita – sem esperar por confirmação histológica – que aquelas lesões são, de fato, tecido endometrial ectópico. Do outro lado, o profissional que conduz a análise histológica acredita – sem a base empírica que deveria advir de sua própria observação! – que o tecido enviado por seu colega é, de fato, tecido endometrial ectópico. Como um cachorro correndo atrás do rabo.

Esta suposição é sustentada pelas observações descritas, há duas décadas, por Marchino et al. (2005)¹⁵, que estudaram 122 biópsias obtidas de 54 mulheres. Destas, a grande maioria (75%) não tivera confirmação histológica de presença de tecido compatível à endometriose, muito embora todas haviam recebido previamente o diagnóstico laparoscópico (visual) da condição. Mas e quanto aos outros 25%? Seriam realmente endométrio ectópico?

A resposta é não, de acordo com as observações histológicas de Istrate-Ofițeru e colegas (2024)¹⁶. Elas analisaram amostras de lesões supostamente “endometrióticas”, de mulheres que

foram por isso operadas laparoscopicamente. As autoras descreveram, categórica e incisivamente, que nenhuma amostra das 243 mulheres estudadas possuía tecido endometrial verdadeiro mas, no máximo, “tecido semelhante ao endometrial”. Nas palavras das autoras: “*No caso da endometriose, o tecido é semelhante, mas não igual, ao tecido do endométrio normal*”.

Corroborando, Amro et al. (2022)² já haviam concluído que a endometriose não pode mais ser considerada como endométrio implantado fora do útero. A conclusão se apoia especialmente sobre o fato de que as lesões em questão são macroscópica e bioquimicamente diferentes⁴. De fato, apesar de 90% das mulheres apresentar menstruação retrógrada, apenas uma em cada dez apresenta sintomas de endometriose, apontando que a causa da condição deve, necessariamente, ser outra¹⁷. Para quem não vive de passado, um bom começo, portanto, é abandonar o termo endometriose – já que os tais focos de endométrio, em última análise, jamais existiram.

Como toda quebra de paradigma, certamente o fato de que a endometriose não é causada por focos ectópicos de endométrio – que já não é assim tão nova – deve enfrentar resistência. A mente humana evoluiu para, quando contrariada, sentir-se atacada, e não ensinada. Aprender com situações de confronto intelectual exige um obstinado treinamento – utilizar a metodologia científica é um deles. Todavia, a resistência dos que preferem conservar o obsoleto a reconhecer a necessidade pessoal de atualização, jamais foi obstáculo ao progresso. As novas gerações fazem o conhecimento avançar, independentemente dos preconceitos enferrujados que agrilhoam as mentes mais antigas, fadadas ao ostracismo.

Seria essa “endometriose” nada mais do que uma condição cinesiológico-funcional?

Substituindo a obsoleta ideia dogmática dos implantes ectópicos de menstruação retrógrada estão novas teorias, como a da origem epigenética (genes que causariam o problema) e a da origem celônica (células-tronco no peritônio seriam as responsáveis)¹⁸. Recentemente têm ganhado espaço a teoria da origem cinesiológico-funcional para as dores crônicas hoje ainda chamadas endometriose.

Ano passado publicamos um estudo que apresentou as bases dessa nova teoria, pela qual as dores pélvicas crônicas profundas, dentre as quais as da endometriose, seriam oriundas de aderências nos tecidos conectivos (fáscias e ligamentos) internos à cavidade pélvica¹⁹. Apesar de, à época, ainda estarmos equivocados quanto a histopatologia da endometriose, apontamos a correlação teórica entre as aderências conectivas e contraturas musculares e a dor pélvica crônica. Todas as dores

pélvicas crônicas, tanto superficiais quanto profundas, podem ser classificadas em dores musculares e/ou dores conectivas²⁰ e, conforme os dados empíricos posteriormente publicados, tais dores podem ser tratadas com sucesso por técnicas de liberação miofascial, tanto com fins musculares quanto com fins conectivos, as quais apresentam eliminação da dor em cerca de quatro a cinco sessões²¹.

Naquele estudo descrevemos nossa surpresa frente à observação de que uma destas técnicas miofasciais, a Manobra do Ligamento Largo¹⁹, quando realizada em mulheres com sintomas de endometriose, surtia efeito no médio – e, hoje sabemos, até no longo – prazos. Àquela época ainda acreditávamos no dogma dos implantes ectópicos de endométrio aprisionados dentro de músculos ou fâscias, ciclando hormonalmente todos os meses, inflamando e causando dor no local. Por este motivo, pensávamos, aqueles focos provocariam dores mensais e, portanto, o alívio daquelas dores, por meio de liberação miofascial dos músculos e fâscias acometidos, deveria durar apenas até o próximo ciclo menstrual, quando nova inflamação reiniciaria todo o processo – e a dor. Mas não era isso o que se observava na prática. Dados empíricos mostravam que mulheres com endometriose (inclusive com indicação cirúrgica²²), tratadas com a Manobra do Ligamento Largo, tinham os sintomas aliviados não apenas até o próximo ciclo menstrual, mas de forma perene. Como?

Às luzes do conhecimento mais recente, este fenômeno já não surpreende mais. Se endometriose não são focos de endométrio ciclando hormonalmente todo mês, então técnicas capazes de aliviar instantaneamente os sintomas doloroso locais – como é o caso da Manobra do Ligamento Largo – devem apresentar os mesmos resultados, tanto no médio quanto no longo prazos, que outras técnicas de liberação miofascial para tecidos conectivos previamente publicadas²¹. A teoria da origem cinesiológico-funcional – contraturas de músculos e aderências de fâscias e ligamento – para as dores da antiga endometriose é perfeitamente compatível com todas estas observações. Soma-se a este fato a conclusão de Marchino et al. (2005), de que a fibrose é o diagnóstico histológico mais comum em biópsias de endometriose¹⁵.

Corroborando, recentemente Leonel e colegas demonstraram, em série de ensaios clínicos, que a Manobra do Ligamento Largo reduziu em mais de 70% a dor e outros sintomas de jovens universitárias vitimadas pela dismenorreia primária^{24,25}, condição que impacta sobre a qualidade de vida uma em cada duas mulheres. Ainda, o tratamento a partir desta mesma manobra retirou da faixa de diagnóstico clínico (curou) jovens com Síndrome Pré-Menstrual severa²⁶, condição que afasta dos estudos e do trabalho até 8% das mulheres²⁷.

Ao que tudo indica, aquela condição que foi conhecida por mais de um século como endometriose, nada mais é do que a presença de múltiplas aderências com características inflamatórias, já bem conhecidas pela Fisioterapia Pélvica para outras partes da região genital, como por exemplo no vestíbulo vulvar²⁸. Para estas aderências, manobras específicas de liberação miofascial para tecidos conectivos apresentam resultados não só rápidos e perfeitamente eficientes (ao aliviar 100% da dor em menos de uma semana)²¹, mas também aparentemente perenes. Cabe, portanto, às fisioterapeutas pélvicas assumirem desde já o tratamento destas mulheres, aliviando finalmente o sofrimento de, nada a mais, nada a menos, que a metade da população feminina mundial.

Neste meio tempo, nova estudos histológicos sobre o real caráter do tecido que compõe aquelas lesões observadas laparoscopicamente, na cavidade pélvica de mulheres que sofrem com dores pélvicas crônicas, são necessários. Enquanto isso, a ideia de tratamento cirúrgico para a “endometriose” deve ser urgente e seriamente revisada.

CONCLUSÃO

O fato de que a condição de saúde hoje conhecida pela alcunha de “endometriose” não é causada por implantes ectópicos de menstruação retrógrada é solidamente sustentado na evidência científica disponível. Estudos diagnósticos utilizando amostras de tecido de lesões supostamente causadas por células endometriais, coletadas laparoscopicamente da cavidade pélvica, não apresentam suporte histológico: não existem histologias demonstrando que o tecido deste tipo de biópsia é, de fato, tecido endometrial, senão, no máximo, um tecido “semelhante ao endometrial”.

Há suporte teórico e empírico para a teoria da origem cinesiológico-funcional das dores de mulheres diagnosticadas com endometriose, bem como suporte para o uso de técnicas de liberação miofascial específicas, particularmente a Manobra do Ligamento Largo, no alívio completo destas dores. A ideia de tratar cirurgicamente a endometriose deve ser urgentemente repensada.

REFERÊNCIAS

1. Sampson, J.A. Perforating hemorrhagic (chocolate) cysts of the ovary. Their importance and especially their relation to pelvic adenomas of the endometrial type. Arch. Surg. 1921, 3, 245–323.
2. Amro B, Ramirez Aristondo ME, Alsuwaidi S, Almaamari B, Hakim Z, Tahlak M, Wattiez A, Koninckx

PR. New Understanding of Diagnosis, Treatment and Prevention of Endometriosis. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 May 31;19(11):6725. doi: 10.3390/ijerph19116725. PMID: 35682310; PMCID: PMC9180566.

3. Parker JD, Leondires M, Sinaii N, Premkumar A, Nieman LK, Stratton P. Persistence of dysmenorrhea and nonmenstrual pain after optimal endometriosis surgery may indicate adenomyosis. *Fertil Steril*. 2006 Sep;86(3):711-5. doi: 10.1016/j.fertnstert.2006.01.030. Epub 2006 Jun 16. PMID: 16782099.
4. Koninckx PR, Ussia A, Gordts S, Keckstein J, Saridogan E, Malzoni M, Stepanian A, Setubal A, Adamyan L, Wattiez A. The 10 "Cardinal Sins" in the Clinical Diagnosis and Treatment of Endometriosis: A Bayesian Approach. *J Clin Med*. 2023 Jul 7;12(13):4547. doi: 10.3390/jcm12134547. PMID: 37445589; PMCID: PMC10342682.
5. Casper RF. Progestin-only pills may be a better first-line treatment for endometriosis than combined estrogen-progestin contraceptive pills. *Fertil Steril*. 2017;107(3):533–536.
6. Vercellini P, Vigano P, Somigliana E, et al. Endometriosis: pathogenesis and treatment. *Nat Rev Endocrinol*. 2014;10(5):261–275.
7. Vercellini P, De Matteis S, Somigliana E, et al. Long-term adjuvant therapy for the prevention of postoperative endometrioma recurrence: a systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2013; 92:8–16.
8. De Cicco C, Corona R, Schonman R, et al. Bowel resection for deep endometriosis: a systematic review. *BJOG*. 2011;118(3):285–291.
9. Ministério da Saúde: Endometriose: uma a cada 10 mulheres sofre com os sintomas. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/endometriose-uma-a-cada-10-mulheres-sofre-com-os-sintomas>. Acesso em 02/12/2024.
10. Koovor E, Nassif J, Miranda-Mendoza I, Lang-Avérous G, Wattiez A. Long-term urinary retention after laparoscopic surgery for deep endometriosis. *Fertil Steril*. 2011 Feb;95(2):803.e9-12. doi: 10.1016/j.fertnstert.2010.07.1043. Epub 2010 Aug 24. PMID: 20739020.
11. Rozsnyai F, Roman H, Resch B et al. Outcomes of surgical management of deep infiltrating endometriosis of the ureter and urinary bladder. *JSL* 15(4), 439–447 (2011).
12. Celik HG, Dogan E, Okay E et al. Effect of laparoscopic excision of endometriomas on ovarian reserve: serial changes in the serum antimüllerian hormone levels. *Fertil. Steril*. 97(6), 1472–1478 (2012).
13. Donnez J, Squifflet J. Complications, pregnancy and recurrence in a prospective series of 500 patients operated on by the shaving technique for deep rectovaginal endometriotic nodules. *Hum. Reprod*. 25(8), 1949–1958 (2010).
14. Jarrell J, Mohindra R, Ross S, Taenzer P, Brant R. Laparoscopy and reported pain among patients with endometriosis. *J Obstet Gynaecol Can*. 2005 May;27(5):477-85. doi: 10.1016/s1701-2163(16)30531-x. PMID: 16100643.
15. Marchino GL, Gennarelli G, Enria R, Bongioanni F, Lipari G, Massobrio M. Diagnosis of pelvic endometriosis with use of macroscopic versus histologic findings. *Fertil Steril*. 2005 Jul;84(1):12-5. doi: 10.1016/j.fertnstert.2004.09.042. PMID: 16009147.

16. Istrate-Ofițeru AM, Mogoantă CA, Zorilă GL, et al. Clinical Characteristics and Local Histopathological Modulators of Endometriosis and Its Progression. *Int. J. Mol. Sci.* 2024.
17. Podgaec S, Caraça DB, Lobel A, Bellelis P, Lasmar BP, Lino CA, et al. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO - Ginecologia, no. 32/ Comissão Nacional Especializada em Endometriose).
18. Bastos LF, Camacho SD, Rodrigues LD, et al. Endometriose: fisiopatologia, diagnóstico e abordagem terapêutica. *Braz. J. Hea. Rev. [Internet]*. 2023 Aug. 7 [cited 2024 Dec. 3];6(4):16753-64.
19. Latorre GFS. Manobras de liberação miofascial dos ligamentos profundos (Manobra do Ligamento Largo) nos tratamentos de infertilidade e endometriose. *Rev Bras Fisiot Pelvica* 2023;3(2)27-33. DOI: 10.62115/rbfp.2023.3(2)27-33.
20. Latorre GFS. Nova classificação funcional para as disfunções genitais dolorosas. *Rev Bras Fisiot Pelvica* 2021;1(2)71-82. DOI: 10.62115/rbfp.2021.1(2)71-82.
21. Latorre GFS, Ayala A, Machado MP, Rohenkohl SD, Parise B, Oriente T, Silva PM, Rocha CS, Vianna FH, Motta IC, Lanz I. Novas técnicas de Liberação Miofascial para dor genital, pélvica crônica e sexual, são eficazes e eficientes (dor zero) em no máximo dez sessões. *Rev Bras Fisiot Pelvica* 2022;2(3)5-15. DOI: 10.62115/rbfp.2022.2(3)5-15.
22. Latorre GFS, Rosa LN. Manobra do Ligamento Largo aumenta mais de 500% a espessura do endométrio: relato de caso. *Rev Bras Fisiot Pelvica* 2023;3(3)67-75. DOI: 10.62115/rbfp.2023.3(3)67-75.
23. Latorre GFS, Gil NAP, Echavarria VR, Ayala A. Liberação miofascial pélvica e abdominal (manobra do ligamento largo) associada ou não ao LPF. *Rev Bras Fisiot Pelvica* 2022;2(1)4-15. DOI: 10.62115/rbfp.2022.2(1)4-15.
24. Mufatto AA, Leonel AT. Manobra do Ligamento Largo reduz dor e outros sintomas da dismenorrea primária. *Rev Bras Fisiot Pelvica* 2023;3(3)45-54. DOI: 10.62115/rbfp.2023.3(3)45-54.
25. Zanella ME, Leonel AT. Liberação miofascial instrumentalizada lombar e abdominal reduz dismenorrea primária. *Rev Bras Fisiot Pelvica* 2023;3(3)76-85. DOI: 10.62115/rbfp.2023.3(3)76-85.
26. Cavalheiro E, Leonel AT. Manobra do Ligamento Largo versus Liberação Miofascial Instrumentalizada na SPM e dismenorrea. *Rev Bras Fisiot Pelvica* 2023;3(3)55-66. DOI: 10.62115/rbfp.2023.3(3)55-66.
27. Sadler C, Smith H, Hammond J, Bayly R, Borland S, Panay N, et al. Lifestyle factors, hormonal contraception, and premenstrual symptoms: the United Kingdom Southampton Women's Survey. *J Womens Health (Larchmt)* 2010;19:391-6.
28. Latorre GFS, Ayala A. Ferramentas de imagem para avaliação e evolução do tratamento de aderências conectivas: estudo piloto. *Rev Bras Fisiot Pelvica* 2023;3(1)5-14. DOI: 10.62115/rbfp.2023.3(1)5-14.

Fisioterapia na reabilitação de Mulheres Transgênero submetidas à cirurgia de Redesignação Sexual: revisão



Maria Clara Queiroz Sandes¹, Denise Elaine Oliveira Souza¹, Candice Rocha Seixas²

Submissão: 30/03/2024

Aceite: 05/04/2024

Publicação: 30/12/2024

RESUMO

Panorama: A cirurgia de redesignação sexual é uma alternativa de bem-estar pessoal e social. Mas a ruptura cirúrgica do assoalho pélvico pode afetar a função da região, alterar a continência fecal e urinária, e função sexual. **Objetivo:** Descrever a importância da Fisioterapia Pélvica neste processo. **Método:** Revisão sistemática de artigos publicados entre os anos de 2012 e 2022, que abordaram sobre a atuação da fisioterapia em mulheres transgênero submetidas a cirurgia de redesignação sexual. **Resultados:** Apenas três estudos sobreviveram aos critérios, apontando que a reabilitação pós cirúrgica realizada pela fisioterapia é eficaz nestes procedimentos. **Conclusão:** A fisioterapia é de suma importância para uma boa reabilitação após a cirurgia de redesignação sexual, desde o pré-operatório. Apesar dos achados serem positivos, é escasso o número de estudos originais que abordam o tema, o que torna notória a necessidade de que mais estudos direcionados à população transgênero.

ABSTRACT

Panorama: Sexual reassignment surgery is an alternative for personal and social well-being. But surgical disruption of the pelvic floor can affect the function of the region, alter fecal and urinary continence, and sexual function. **Aims:** To describe the importance of Pelvic Physiotherapy in this process. **Method:** Systematic review of articles published between 2012 and 2022, which addressed the role of physiotherapy in transgender women undergoing sexual reassignment surgery. **Results:** Only three studies survived the criteria, pointing out post-surgical rehabilitation performed by physiotherapy is effective in these procedures. **Conclusion:** Physiotherapy is extremely important for good rehabilitation after sexual reassignment surgery, from the pre-operative period. Although the findings are positive, the number of original studies that address the topic is scarce, which highlights the need for more studies aimed at the transgender population.

¹ Graduanda em fisioterapia pelo Centro Univ. Ciên. Empreend. UNIFACEMP, Bahia, Brasil. denise_elaine@hotmail.com
² Fisioterapeuta, Mestre, Docente do Centro Univ. Ciên. Empreend. UNIFACEMP, Bahia, Brasil.

INTRODUÇÃO

O que é conhecido por "disforia de gênero" vem da certeza da pessoa, do sentimento irreversível e descontentamento de pertencer ao gênero que foi designada ao nascimento. Diante disto, a situação acaba suscitando a vontade de modificar o próprio corpo por meio de tratamento hormonal e até mesmo de cirurgias, com a intenção de alterar características sexuais primárias e secundárias, no intuito de tornar o corpo mais semelhante ao gênero desejado¹.

A Cirurgia de Redesignação Sexual (CRS) é uma intervenção cirúrgica que pode ser realizada para conquistar modificações corporais, visando à adequação do sexo anatômico ao gênero que a pessoa se reconhece². Esse procedimento modifica a região pélvica ao realizar a construção do canal vaginal, no qual um espaço é criado entre o reto e a uretra, próstata, e bexiga, necessitando de dissecação através das estruturas musculares superficiais e profundas do assoalho pélvico³.

A ruptura cirúrgica do assoalho pélvico pode interromper o suporte para o esfíncter uretral, e dividir partes do músculo puborretal (parte do complexo levantador do ânus), o que pode afetar a função da região e alterar a continência fecal, urinária e também função sexual, sendo a estenose do canal da neovagina uma complicação comum³. A região pélvica é uma área anatômica complexa com importantes funções, sendo assim, a paciente que se submeter a cirurgia de redesignação sexual deve ter as funções da região estáveis e funcionais³.

Em um estudo realizado por Lima e Oliveira (2018)⁴, em que 16 mulheres que foram submetidas à cirurgia de redesignação sexual, observou-se, após o procedimento, uma elevação na prevalência de disfunções miccionais relacionadas a frequência diária, manobra de esforço, infecção, perda e retenção urinária. Quanto às disfunções sexuais, constatou-se um crescimento no índice de dispareunia e aumento de sensibilidade.

Barros e Silva (2019)⁵ concluíram em seu estudo que a fisioterapia pélvica contribuiu de forma significativa no bem-estar de pacientes com incontinência urinária (IU), possibilitando aumento de força na musculatura do assoalho pélvico, resultando na diminuição da perda urinária e uso de protetores diários, reduzindo significativamente o impacto negativo da IU das pacientes.

Com base na revisão realizada por de Luz e Rzniski (2020)⁶, evidenciou-se que o tratamento fisioterapêutico se mostra positivo mediante às disfunções sexuais femininas, uma vez que as técnicas empregadas apresentaram resultados nos 10 primeiros atendimentos. Os recursos terapêuticos

utilizados incluem eletroterapia, massagens intravaginais profundas e fortalecimento de musculatura de assoalho pélvico.

Manrique *et al.* (2018)⁷ ressaltam a importância da reeducação neuromuscular com o intuito das pacientes submetidas a cirurgia melhorarem o controle neuromotor, a consciência dos músculos do assoalho pélvico e a ativação lombopélvica adequada, assim como uma orientação para essas mulheres realizarem o programa de tratamento em casa, com posturas estáticas e dinâmicas.

Dessa forma, baseado nas evidências anteriormente citadas sobre a eficiência da fisioterapia pélvica no tratamento de disfunções sexuais e miccionais, aliadas aos estudos que demonstraram que essas disfunções são prevalentes no pós-cirúrgico de mulheres transgênero que foram submetidas à cirurgia de redesignação sexual, o objetivo do presente trabalho é compreender a importância da atuação da fisioterapia em mulheres transgênero que se submeteram a cirurgia de redesignação sexual.

Este trabalho tem por motivação a importância do tema para a sociedade atual, na qual se discute cada vez mais sobre a população transgênero, mas poucas produções científicas existem voltadas a ela. Da mesma forma, os estudos que abordam tratamentos pós-cirúrgicos, em suma, estão relacionados a medicamentos e atendimento médico-hospitalar, enquanto a reabilitação por meio da fisioterapia ainda não é adequadamente valorizada. Dessa forma, esta pesquisa justifica-se pela relevância da produção de temas científicos que coloquem em pauta não somente a população trans, mas também, a fisioterapia, uma vez que ambas ainda são pouco visibilizadas dentro da comunidade científica.

MÉTODO

O presente estudo é caracterizado como exploratório, de abordagem qualitativa, realizado por meio de revisão sistemática. Como ocorre a atuação da fisioterapia e qual sua efetividade após cirurgia de redesignação sexual em mulheres transgênero?

Como plataforma para a pesquisa bibliográfica foram utilizados os bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) indexados ao Scielo, Bireme, Medline, Lilacs e Catálogo de Teses e Dissertações (CAPES), além de buscas no Google Acadêmico. A busca dos artigos foi realizada entre agosto e setembro de 2022. Os descritores utilizados no DeCS (Descritores em Ciência da Saúde), foram: *Physical Therapy* (Fisioterapia); *Gender Reassignment Surgery* (Cirurgia de Redesignação de Gênero);

Transsexual; Woman (Mulher). Logo após foram realizadas combinações entre os descritores e seus sinônimos, nas quais foram utilizados os operadores AND entre os descritores e OR entre os sinônimos.

Os critérios de inclusão utilizados para a seleção dos estudos foram: artigos publicados entre os anos de 2012 e 2022, ter o português e inglês como idioma, estar disponível na íntegra e atender a temática de estudo desta pesquisa.

Já os critérios de exclusão foram textos que não agregaram novas informações e outros que não contemplaram os parâmetros de inclusão deste trabalho e artigos de revisão de literatura, bem como dissertação de mestrado e teses.

A seleção dos estudos foi realizada em cinco etapas. Primeiramente identificou-se as pesquisas que apresentavam duplicidade entre as bases, em seguida foi realizada a leitura dos títulos e resumos e seleção dos artigos de interesse. Posteriormente, os estudos foram lidos na íntegra e selecionados de acordo com os critérios de inclusão e realizada a extração dos dados dos artigos para a composição da presente revisão da literatura. Por fim os artigos foram avaliados segundo sua qualidade metodológica. Todas as etapas foram realizadas de forma independente por dois pesquisadores.

Na etapa de avaliação metodológica, os estudos selecionados foram submetidos à análise por meio da Escala de Jadad (Tabela I). Essa escala é composta por cinco critérios que resultam em uma pontuação total que varia de 0 a 5, sendo que uma pontuação inferior a 3 indica que o estudo tem baixa qualidade metodológica e alto risco de viés.⁸

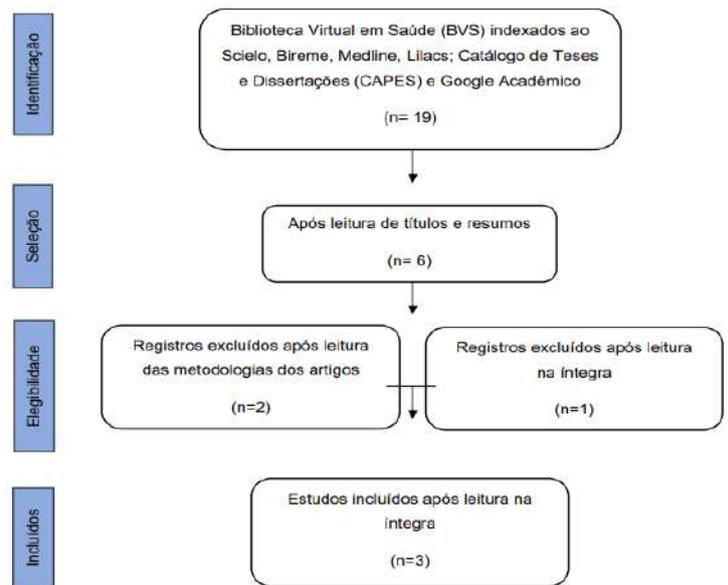
RESULTADOS

A busca iniciou-se em agosto de 2022 e foi finalizada em setembro do mesmo ano. Ao total foram encontrados 19 artigos nos bancos de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) indexados ao Scielo, Bireme, Medline, Lilacs; Catálogo de Teses e Dissertações (CAPES) e Google Acadêmico.

Após analisar títulos, resumos, metodologias e realizar leitura na íntegra dos estudos, foram selecionados 3 artigos para fazer parte do *corpus* deste trabalho.

Detalhamento de inclusão e exclusão para composição do presente estudo no fluxograma a seguir, orientada pelas recomendações PRISMA.

Figura 1: Fluxograma da seleção de estudos.



Para o processo de avaliação dos artigos escolhidos foi utilizado a escala de Jadad, que tem como principal objetivo analisar a qualidade dos estudos da pesquisa. Essa escala é composta por cinco critérios que resultam em uma pontuação total que varia de 0 a 5 pontos, onde o número 1 corresponde a resposta positiva e o número 0 corresponde a resposta negativa, sendo que estudos com pontuação menor que 3 apresentam baixa qualidade metodológica e alto risco de viés⁹.

Tabela 1 - Escala de Jadad para avaliação de qualidade de ensaios clínicos.

PERGUNTAS	MANRIQUE, ADABI et al. (2018)[c]	HAZIN, FERREIRA et al. (2021)[c]	JIANG, GALLAGHER et al. (2019)[c]
1. O estudo foi descrito como randomizado?	1	1	0
2. A randomização foi descrita e é adequada?	1	1	0
3. Houve comparações e resultados?	1	1	1
4. Comparações e resultados descritos e adequados?	1	1	1
5. Foram descritas as perdas e exclusões?	1	1	1
TOTAL	5	5	3

Todas as informações de cada artigo escolhido para compor a atual revisão sistemática estão organizadas no Quadro 1, que apresenta o autor, ano, título, objetivo do estudo, método de avaliação e conclusão.

Quadro 1: Estudos selecionados nos anos de 2018 a 2021.

AUTOR/ANO	JIANG, GALLAGHER et al. (2019)[c]
TÍTULO	Implementation of a Pelvic Floor Physical Therapy Program for Transgender Women Undergoing Gender-Affirming Vaginoplasty
OBJETIVO	Descrever a incidência de disfunção do assoalho pélvico em mulheres transgênero submetidas à vaginoplastia de afirmação de gênero e resultados em um programa de fisioterapia do assoalho pélvico.
MÉTODO	Estudo retrospectivo de uma única instituição em pacientes de vaginoplastia entre maio 1º de 2016 e 28 de fevereiro de 2018; todas foram encaminhadas para o programa de fisioterapia do assoalho pélvico (PT). Revisamos os prontuários médicos para dados demográficos de linha de base, comorbidades médicas, cirurgias anteriores, dados de seguro, atendimento ao PT do assoalho pélvico e sucesso da dilatação em 3 e 12 meses.
CONCLUSÃO	Os fisioterapeutas do assoalho pélvico identificam e ajudam as pacientes a resolver problemas relacionados ao assoalho pélvico antes e depois da cirurgia. Encontramos forte apoio para PT do assoalho pélvico para pacientes submetidas à afirmação de gênero vaginoplastia.
AUTOR/ANO	HAZIN, FERREIRA et al. (2021)[c]
TÍTULO	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
OBJETIVO	Avaliar a força e a atividade elétrica dos músculos do assoalho pélvico (PFMs) de transgêneros masculinos para femininos pela cirurgia afirmativa de gênero (CAG).
MÉTODO	Um estudo de série de casos foi realizado de outubro de 2016 a agosto 2018. Mulheres transgênero, que estavam agendadas para o CAG, participaram do estudo. As voluntárias foram submetidas a uma avaliação clínica dos MAP seguida de palpação digital (método PERFECT) e eletromiografia no pré-operatório, 15 e 30 dias após a CAG. Elas responderam ao questionário de consulta internacional de incontinência urinária — Curto Formulário para avaliar o efeito da IU na qualidade de vida e para questões relacionadas à sintomas urinários, anorretais e sexuais. Quinze dias após a CAG, as pacientes foram orientadas a realizar exercícios perineais em casa, duas vezes ao dia.
CONCLUSÃO	Força, duração da contração muscular sustentada e MAP a atividade elétrica pode diminuir 15 dias após o CAG, retornando aos valores pré-GAS no primeiro mês após a cirurgia.
AUTOR/ANO	MANRIQUE, ADABI et al. (2018)[c]
TÍTULO	Assessment of Pelvic Floor Anatomy for Male-to-Female Vaginoplasty and the Role of Physical Therapy on Functional and Patient-Reported Outcomes
OBJETIVO	O objetivo deste estudo foi avaliar a incidência de disfunção do assoalho pélvico nesta população e o papel da fisioterapia no seu tratamento.
MÉTODO	De julho de 2016 a julho de 2018, pacientes agendadas para vaginoplastia masculina para feminina foram avaliadas por um fisioterapeuta para disfunção do assoalho pélvico. Os prontuários das pacientes foram revisados para dados demográficos, comorbidades e duração da terapia hormonal. Aquelas com e sem sintomas foram comparadas. Pacientes sintomáticas foram submetidas à terapia. Avaliação da gravidade dos sintomas e seu impacto na vida diária foram completados em intervalos de 2 a 3 meses com terapia usando o Índice de Desconforto Urinário de 6 itens e Anal Colorretal de 8 itens Componentes do Índice de Sofrimento do Inventário de Sofrimento do Piso Pélvico de 20 itens (PFDI-20) antes e após a cirurgia. Um terceiro componente do PFDI-20, o Inventário de sofrimento por prolapso, também foi incluído no avaliação pós-operatória.
CONCLUSÃO	Uma alta incidência de disfunção do assoalho pélvico pode existir em pacientes submetidas à vaginoplastia macho-fêmea no pré-operatório. Triagem em Esta fase inicial com terapia pré e pós-operatória pode reduzir significativamente a disfunção do assoalho pélvico e melhorar os sintomas e a qualidade da vida para esta população.

Jiang *et al.* (2019)[c]³ realizaram uma pesquisa durante 1º de maio de 2016 a 28 de fevereiro de 2018, com um total de 77 procedimentos de cirurgia de redesignação sexual realizadas em uma única instituição. A média de idade foi de 41,4 anos, com média de IMC 27,4 e o seguimento médio foi de 6,4 meses. Em sua maioria, as pacientes submetidas à vaginoplastia eram saudáveis, com uma parcela significativa de mulheres que realizaram outras cirurgias não genitais de afirmação de gênero.

Setenta e duas pacientes (94%) realizaram fisioterapia do assoalho pélvico. Cinquenta e duas de 65 (80%) pacientes atendidas no pré-operatório tiveram uma única visita; 13 tiveram fisioterapia do assoalho pélvico mais de uma vez. Uma alta proporção de pacientes (42%) apresentaram disfunção dos músculos do assoalho (como falta de coordenação, contração-relaxamento ou fraqueza muscular) ou disfunção (37%: 17 constipação, quatro incontinência fecal, 3 síndromes do intestino irritável).³

Três meses após a cirurgia, 65 de 73 (89%) pacientes com acompanhamento foram capazes de dilatar com sucesso ao seu objetivo em um cronograma de rotina. Oito (11%) não tiveram sucesso devido à dor, ansiedade, estenose vaginal, outros motivos pessoais ou de saúde. Um limitado número de informações estava disponível para o período de um ano de acompanhamento. Das 24 pacientes, 21 (88%) conseguiram dilatar e alcançar seu objetivo. A taxa de sucesso da dilatação em 3 meses naquelas que tiveram fisioterapia do assoalho pélvico tanto no pré como no pós-operatório foi de 93% em comparação com 75% daquelas que não o fizeram.³

Em outro estudo de Hazin *et al.* (2021)[c]⁹, Um total de 16 mulheres transgênero foram recrutadas para o estudo, mas uma recusou-se a participar. A amostra final do estudo foi composta por 15 mulheres com média de idade de 30,06 anos, peso médio de 74,02kg, uma altura média de 1,71m e uma média índice de massa corporal (IMC) de 24,99kg/m². A maioria das participantes (60%) não estavam em união estável, eram heterossexuais (93%) e fez uso de hormônios (93%, combinação de 100 mg de etinilestradiol com 50 mg de ciproterona).

Além disso, no estudo de Hazin *et al.* (2021)[c]⁹, realizado no Hospital das Clínicas na Universidade Federal de Pernambuco, os avaliadores observaram que houve diminuição da força muscular e duração da contração sustentada avaliada por palpação digital ao comparar pré cirurgia de redesignação sexual (CRS) e 15 dias após, e melhora entre o 15º e o 30º dia após o procedimento cirúrgico, com uso de eletromiografia. Não houve diferença no número de repetições de contrações musculares sustentadas. No entanto, houve um aumento no número de repetições de contrações

rápidas antes e 30 dias após a realização da cirurgia e entre o 15^o e o 30^o dia.

Antes da cirurgia, todas as pacientes (n=15) haviam engajado no sexo anal, exibindo satisfação sexual média de 8,3, variando de “satisfeita” a “muito satisfeita”. Três meses após a cirurgia, 11 pacientes relataram relação sexual anal e neovaginal, com média de satisfação de 8,45, sendo que as demais participantes ainda não haviam tido relação sexual. Nenhuma das pacientes se queixou de dor perineal antes da cirurgia, e seis relataram “moderado a intenso” dor 30 dias após a cirurgia, com média de 5,5. O comprimento neovaginal médio 30 dias após CRS foi 9,03 cm, e satisfação média 3 meses após o procedimento foi de 9,16.⁹

Na pesquisa de Manrique *et al.* (2018)[c]⁷ durante um período de 24 meses, um total de 40 pacientes com idade média 40,7 anos (19-72 anos) foram examinadas para avaliação pré-operatória para sintomas de disfunção do assoalho pélvico por um fisioterapeuta antes à realização de vaginoplastia. Comorbidades incluíram diabetes (4 pacientes [10%]) e hipertensão (6 pacientes [15%]). O IMC médio foi de 27,1 kg/m² (22–39 kg/m²). Todas as pacientes já haviam iniciado terapia hormonal com duração média de 2,2 anos antes de sua avaliação fisioterapêutica inicial.

Do total de pacientes submetidas à vaginoplastia, 31 (77,5%) relataram sintomas e história passível de disfunção do assoalho pélvico antes da cirurgia durante sua avaliação inicial pelo fisioterapeuta. Uma comparação de pacientes com e sem sintomas antes da cirurgia mostrou que a idade média foi significativamente maior naquelas com sintomas. Entre as 31 pacientes com sintomas, 1 paciente optou por não realizar o tratamento pré-operatório porque a manipulação genital aumentou sua disforia de gênero. Portanto, um total de 30 pacientes iniciou fisioterapia pré-operatória, e destas todas cumpriram com um mínimo de 6 meses de terapia.⁷

DISCUSSÃO

Este estudo vislumbra entender a atuação da fisioterapia e sua efetividade no tratamento de mulheres transgênero submetidas a cirurgia de redesignação sexual. A reabilitação pós cirúrgica realizada pela fisioterapia é eficaz em muitos procedimentos, e ressaltar a importância da ação precoce dessa profissão pode contribuir para uma recuperação melhor dessas mulheres.

A cirurgia de redesignação sexual pode ser uma alternativa de conforto pessoal e social para as mulheres que se submeteram a esse procedimento, porém, vale ressaltar que a maioria dos

estudos dessa pesquisa mostram que são comuns complicações na região de assoalho pélvico após esse processo cirúrgico. Por esse motivo, fisioterapeutas atuaram com o intuito de reverter ou evitar que essas intercorrências aconteçam.^{3, 7, 9.}

Dificuldades para realização de atendimento são abordadas no estudo de Manrique *et al.* (2018)⁷, no qual afirma-se que a situação socioeconômica que a população transgênero se encontra contribui para maior incidência nas disfunções do assoalho pélvico. Além disso, o grande preconceito em relação a essas pacientes faz com que a procura por atendimento diminua, mesmo que elas apresentem sintomas. Por esse motivo, a mesma pesquisa ressalta que a avaliação pré-operatória é vital, já que a cirurgia de redesignação sexual pode aumentar os sintomas de uma disfunção preexistente e, por isso, é importante que ela seja tratada o quanto antes.

A pesquisa de Manrique *et al.* (2018)⁷ informa que apenas uma paciente desenvolveu sintomas após a cirurgia, e o procedimento não mostrou aumento dos sintomas na maioria das pacientes. Isso levou os autores a crerem que a alta incidência de disfunção do assoalho pélvico observada nesta população de pacientes, que é evidente antes da vaginoplastia, está, portanto, provavelmente mais relacionada à terapia hormonal e comorbidades associadas. Por outro lado, o estudo de Hazin *et al.* (2021)⁹ afirma que a força dos músculos do assoalho pélvico e atividade elétrica dessa região em mulheres transgênero pode diminuir após 15 dias do procedimento cirúrgico, entretanto, como se trata de uma série de casos, declaram que essas questões ainda são incertas.

O trabalho de Hazin *et al.* (2021)⁹, aborda sobre estudos que afirmam as possíveis complicações após o processo cirúrgico dessas mulheres, como fístulas vaginais, estenose uretral e disfunção sexual. Para além disso, relataram disfunções do trato urinário inferior, como fluxo urinário e incontinência urinária por esforço ou urgência. Dessa forma, a mesma pesquisa mostra que a fisioterapia se compromete em trabalhar com a descontinuidade das fibras musculares da região do assoalho pélvico, principalmente o músculo puborretal e a inervação dessa região.

Ao que se trata da prática fisioterapêutica, o trabalho desenvolvido por Jiang *et al.* (2019)³ aborda que essa atuação tende a focar mais na dilatação do canal vaginal formado, com dilatadores de diferentes tamanhos e cores para diferenciá-los entre si. Entretanto, o mesmo estudo afirma que muitas pacientes demonstram preocupação em relação a essa conduta, uma vez que algumas preferem até mesmo fazer a cirurgia sem a criação de um canal vaginal para evitar a necessidade de dilatação pós-operatória.

Manrique *et al.* (2018)⁷ mostraram em seu estudo que a intervenção envolveu 4 componentes: educação da paciente, terapia manual, exercícios terapêuticos e educação neuromuscular. Além disso, treinamento com bexiga, orientações sobre saúde sexual, terapia manual de tecidos moles em direção ao músculo que estava sendo compensado com liberação de pontos de tensão e mobilização articular também foram utilizados. Por último, foram realizadas progressões de estabilização lombar, fortalecimento do quadril e exercícios respiratórios associados a consciência cinética e restauração postural, assim como orientação de exercícios para as pacientes reproduzirem em casa.

A pesquisa de Jiang *et al.* (2019)³ mostra que as pacientes que passaram pela atuação da fisioterapia já no pré operatório tiveram uma menor incidência de disfunções na região de assoalho pélvico após a cirurgia do que aquelas que não fizeram o tratamento. Afirma-se na mesma pesquisa que das 16 pacientes identificadas com disfunção da musculatura do assoalho pélvico na visita pré-operatória, 11 (69%) pacientes tiveram resolução em sua primeira visita pós-operatória com fisioterapia. Conclui-se, portanto, que essa interferência é parte integrante da cirurgia de redesignação sexual e deve ser inserida na abordagem multidisciplinar para cuidado das mulheres transgênero que buscam transição cirúrgica.

A disfunção de assoalho pélvico é comum em pessoas com disforia de gênero, segundo Manrique *et al.* (2018)⁷, mesmo antes de se submeter a cirurgia de redesignação sexual. E, assim como a pesquisa de Jiang *et al.* (2019)³, esse estudo reforça a importância de uma boa avaliação pré-operatória para reverter esses casos e ter uma reabilitação pós-cirúrgica com resultados melhores. Assim, concluiu-se, em sua pesquisa, que a atuação da fisioterapia em pacientes com sintomas de disfunção do assoalho pélvico pode melhorar esses quadros de forma significativa após a cirurgia.

CONCLUSÃO

Quando se iniciou essa pesquisa, constatou-se uma carência de produções científicas direcionadas à saúde da população de mulheres transgênero. Da mesma maneira, observou-se que a efetividade da fisioterapia no pós-operatório da cirurgia de redesignação sexual também não é muito explorada na comunidade científica e, por isso, elucidou-se a relevância de se estudar e abordar sobre o assunto.

Diante disso, este trabalho teve como objetivo geral compreender a importância da atuação da fisioterapia em mulheres transgênero que se submeteram a cirurgia de redesignação sexual. Assim, constatou-se que o objetivo geral foi atendido, porque, efetivamente, o estudo conseguiu demonstrar a relevância que a fisioterapia teve nessa reabilitação.

Os objetivos específicos foram mostrar as complicações e disfunções mais comuns após a cirurgia de redesignação sexual em mulheres transgênero e também quais métodos foram utilizados nos atendimentos da fisioterapia na reabilitação dessas mulheres. Ambos os objetivos singulares foram atendidos, pois o estudo conseguiu destrinchar os tópicos abordados anteriormente.

A pesquisa partiu da hipótese que a atuação da fisioterapia no pós-cirúrgico de mulheres transgênero que se submeteram a cirurgia de redesignação sexual colabora com uma melhor reabilitação, ao evitar possíveis complicações pós-cirúrgicas. Tal hipótese foi confirmada nos resultados abordados por Jiang *et al.* (2019)³ e Manrique *et al.* (2018)⁷, que mostram como a fisioterapia foi eficaz.

As limitações do presente trabalho são significativas, primeiramente pela população transgênero não ter a devida relevância na comunidade científica o que, conseqüentemente, fez com que o número de trabalhos encontrados para resultados e discussão tenha sido reduzido. Além disso, também há pouca produção de pesquisas focadas na atuação da fisioterapia em reabilitação pós-cirúrgicas, quando em comparação com outras abordagens no campo da saúde.

Apesar das limitações, o presente estudo concluiu que a fisioterapia é de suma importância para uma boa reabilitação após a cirurgia de redesignação sexual em mulheres transgênero, a qual atua desde o pré-operatório com o objetivo de promover uma melhor evolução pós-cirúrgica.

Dessa forma, a presente revisão sistemática recomenda e incentiva que outras pessoas despertem o interesse em buscar mais informações sobre a reabilitação de mulheres transgênero submetidas a esse procedimento. Por último, esse estudo visa reforçar a importância de que pesquisas envolvam a atuação da fisioterapia sejam mais valorizadas no campo da saúde, além de que mais trabalhos científicos direcionados à população transgênero sejam produzidos.

REFERÊNCIAS

1. Ferreira BPRBA, Silva FJESC. A intervenção fisioterapêutica na reabilitação pós cirurgia de redesignação de sexo masculino para feminino: relato de caso. Revista Pesquisa em

Fisioterapia, v. 10, n. 2, p. 288–300, 2020. Disponível em:

<<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/fisioterapia/article/view/2854>>. Acesso em: 15 set. 2022.

2. Morais AVC, Cortes HM. Cirurgia de redesignação sexual: implicações para o cuidado / Sex reassignment surgery: implications for care. *Journal of Nursing and Health*, v. 10, n. 3, 2020. Disponível em: <<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/16773>>. Acesso em: 03 ago. 2022
3. Jiang DD, Gallagher S, et al. Implementation of a Pelvic Floor Physical Therapy Program for Transgender Women Undergoing Gender-Affirming Vaginoplasty. *Obstetrics & Gynecology*, v. 133, n. 5, p. 1003–1011, 2019. DOI: 10.1097/AOG.0000000000003236. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30969210/>>. Acesso em: 17 ago. 2022
4. Lima K, Oliveira PS. Função miccional, evacuatório e sexual de mulheres transexuais após cirurgia de redesignação sexual. *Uniceub.br*, 2018. Disponível em: <<https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/235/11461>>. Acesso em: 03 set. 2022.
5. Barros PZ, Silva EB. A efetividade da fisioterapia pélvica para a vida diária de pacientes com incontinência urinária: estudo experimental pragmático retrospectivo. *Fisioterapia Brasil*, v. 20, n. 4, p. 509–514, 2019. Disponível em: <<https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/2679>>. Acesso em: 15 ago. 2022.
6. Luz EL, Rzniski TAB. Efeito da Fisioterapia Pélvica nas Disfunções Sexuais da Mulher: Revisão Integrativa da Literatura. *Revista Brasileira de Terapias e Saúde*, v. 11, n. 2, p. 13–16, 2020.
7. Manrique OJ, Adabi K, Huang TCT, et al. Assessment of Pelvic Floor Anatomy for Male-to-Female Vaginoplasty and the Role of Physical Therapy on Functional and Patient-Reported Outcomes. *Annals of Plastic Surgery*, v. 82, n. 6, p. 661–666, 2019. DOI: 10.1097/SAP.0000000000001680.
8. Jadad AR, Moore RA, Carroll D, et al. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: Is blinding necessary? *Controlled Clinical Trials*, v. 17, n. 1, p. 1–12, 1996.
9. Hazin M, Ferreira CWS, Andrade R, 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. *Neurourology and Urodynamics*, v. 40, n. 6, p. 1625–1633, 2021. <https://doi.org/10.1002/nau.24728>. Acesso em: 17 ago. 2022.

Influência dos exercícios físicos na autoestima da gestante: revisão



Leticia Araújo de Sousa Varão¹, Laurianne Bezerra da Silva¹ e Greice Lanna Sampaio do Nascimento²

RESUMO

Submissão: 03/12/2024

Aceite: 06/12/2024

Publicação: 30/12/2024

Panorama: A gravidez traz mudanças físicas e emocionais significativas, especialmente para mulheres preocupadas com a aparência, em um contexto que valoriza a imagem corporal e os padrões estéticos, impactando as relações sociais. **Objetivo:** Analisar a influência da prática de exercício físico na promoção da autoestima durante a gestação. **Método:** Revisão integrativa, com 34 documentos inicialmente identificados, dos quais 15 foram selecionados por estarem mais alinhados ao objetivo do estudo. **Resultados:** A prática de exercícios físicos desempenha um papel fundamental na autoestima das gestantes, trazendo benefícios para a saúde física e o desenvolvimento saudável da gestação. **Conclusão:** A atividade física está diretamente relacionada à autoaceitação e autoestima das gestantes, e, com a orientação adequada, elas entendem melhor as transformações e vantagens que essa prática proporciona.

ABSTRACT

Background: Pregnancy brings significant physical and emotional changes, especially for women concerned about their appearance, in a context that values body image and aesthetic standards, impacting social relationships. **Aims:** To analyze the influence of physical exercise in promoting self-esteem during pregnancy. **Method:** Integrative review, with 34 documents initially identified, of which 15 were selected because they were more aligned with the objective of the study. **Results:** Physical exercise plays a fundamental role in the self-esteem of pregnant women, bringing benefits to physical health and the healthy development of pregnancy. **Conclusion:** Physical activity is directly related to self-acceptance and self-esteem of pregnant women, and, with adequate guidance, they better understand the transformations and advantages that this practice provides.

¹ Discente de Fisioterapia na Fac. Ed. São Francisco, FAESF, Pedreiras, MA. 111leticiasousa111@gmail.com
² Mestre Docente de Fisioterapia na Faculdade de Educação São Francisco, FAESF em Pedreiras, MA

INTRODUÇÃO

A gestação é um período importante e marcante na vida de toda mulher, e traz consigo importantes mudanças de caráter físico e emocional. Durante a gestação, o organismo feminino passa por adaptações fisiológicas fundamentais, desde a concepção até o momento do parto, envolvendo ajustes em diversos sistemas. Essas transformações sejam elas de ordem biológica, psicológica ou social, exercem impacto significativo na saúde tanto física quanto mental das grávidas, influenciando diretamente no bem-estar do bebê. Assim, destaca-se que ao longo desse período ocorrem variações na silhueta e no peso da mulher de maneira rápida e perceptível, além de significativas mudanças na saúde mental da gestante que necessitam lidar com as alterações hormonais e de vida que esta fase traz¹.

Deste modo, evidencia-se que a autoestima é compreendida como a maneira como a pessoa se vê, baseada na forma como avalia a si mesma de forma positiva ou negativa em relação às suas ações, pensamentos e visão de futuro. Ter autoestima elevada estar relacionado a uma visão mais positiva, o que ajuda a lidar melhor com os eventos e emoções negativas ao passo que ter baixa autoestima é sentir exatamente o oposto, o que prejudica a segurança e a confiança em si mesmo. Assim salienta-se que a autoestima refere-se à qualidade de vida e ao contentamento do indivíduo com sua própria identidade, ou seja, alguém que possui autoconfiança e se valoriza².

Nessa perspectiva, cabe enfatizar que a prática de exercício físico consiste em uma rotina sistemática e repetitiva, com ritmo e duração definidos. Geralmente, é conduzida por metas específicas, ou seja, busca alcançar um resultado determinado ou melhorar a condição corporal. Assim, realizar caminhadas ativas diariamente, aderir a um programa de reabilitação física ou praticar esportes regularmente são exemplos de exercícios físicos. É evidente que toda atividade física constitui um exercício. Em termos de impacto na saúde, os exercícios físicos tendem a ser mais benéficos do que simples atividades físicas, já que estas não são voltadas para esse propósito. Por exemplo, ao varrer uma calçada, o objetivo é apenas limpar e a ação pode ser concluída em 5 ou 10 minutos³.

Ademais, o exercício físico tem um papel fundamental na saúde materno-infantil. Há evidência de que participar de atividades físicas recreativas durante a gravidez está ligado a melhores resultados de saúde tanto para a mãe quanto para o bebê⁴. Visto que, tal prática está ligada diretamente à autoestima da mulher em se sentir bem com o seu próprio corpo. Diante do que foi exposto, evidencia-se a importância da temática abordada para a construção de conhecimento acerca da saúde e bem-

estar da mulher. Desse modo, o presente estudo apresenta a seguinte questão norteadora: Qual a influência da prática de exercícios físicos na promoção da autoestima da mulher no período gestacional?

Torna-se imperioso destacar que este estudo trata-se de uma revisão literária integrativa, que apresenta uma abordagem que sintetiza os resultados de um trabalho realizado sobre um tema específico. Apesar de suas características distintas, esse tipo de pesquisa adere rigorosamente às normas necessárias para a produção de conhecimento científico, sempre direcionando seus esforços para atender aos objetivos que foram previamente definidos⁵.

Desse modo, compreende-se que o período gestacional é marcado por diversas mudanças nos mais variados aspectos da vida de uma mulher, nesse sentido é incitante a investigação acerca dos benefícios dos exercícios durante a gestação não apenas do ponto de vista físico, mas também do psicossocial³. Ademais, este trabalho justificou-se pela relevância da temática abordada para a construção do conhecimento sobre um período tão desafiador na vida da mulher: a gravidez. Além disso, busca-se contribuir de maneira positiva para a comunidade acadêmica que visa investigar aspectos voltados à saúde física e mental da mulher. Assim, destaca-se que o objetivo principal deste trabalho é analisar a influência da prática de exercício físico na promoção da autoestima da mulher no período gestacional através de uma revisão integrativa.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa, o objetivo da revisão integrativa é a sintetização de resultados obtidos a partir de outras pesquisas sobre determinada temática e organizada de maneira metódica, transformando-se em um leque mais amplo de revisões. Define-se como integrativa, pois oferece uma visão abrangente sobre um tema ou problema, formando, dessa maneira, um conjunto extenso de conhecimentos fundamentados em rigor metodológico⁶. Assim, destaca-se que o presente estudo consiste em uma revisão integrativa que contempla a influência de exercícios físicos na autoestima da gestante. Portanto, o método integrativo fornece um enriquecimento ao material de estudo provendo conceitos, teorias e problemáticas pertinentes ao assunto, sendo de extrema valia para alcançar a questão norteadora deste estudo.

As informações obtidas neste estudo foram extraídas de bancos de dados eletrônicos, utilizando as palavras-chave: gestação, autoestima e atividade física. A coleta e a análise dos dados foram

realizadas entre setembro e outubro de 2024.

Os dados foram coletados em bases de dados online averiguando 34 estudos que corroboram para a investigação do presente estudo, sendo rigorosamente avaliados, fichados e selecionados. Ademais, um fator elemental que incrementa esta trabalho é a estratégia PICO, que representa um acrônimo para **P**aciente, **I**ntervenção, **C**omparação e "**O**utcomes" (desfecho).⁷ Este recurso é fundamental para identificar elementos essenciais em questões para pesquisas e para formular perguntas que conduzam a uma busca bibliográfica de evidências, a partir de uma análise clínica. Ele também tem a função de integrar e aprimorar as informações, assegurando uma base científica consistente e robusta que auxilie os profissionais na tomada de decisões clínicas.

Quadro 1: Problema e pergunta em formato PICO.

P	População	Gestantes
I	Intervenção	Exercício físico durante a gravidez
C	Controle	Não há
O	Out Come (desfecho)	A melhoria da autoestima e da percepção corporal a partir da prática de exercício físico

A análise de dados foi realizada de maneira integrativa, permitindo que as literaturas fossem avaliadas à luz dos conhecimentos de cunho científico, permitindo a tomada de decisão na praticidade. Ressalta-se a importância da adoção da metodologia integrativa, pois ela enriquece o embasamento teórico, permitindo discussões e ideias em diferentes contextos.

Nesse sentido, especifica-se que revisão integrativa se caracteriza pela compilação e síntese de resultados de pesquisas sobre um tema ou objeto específico, de maneira sistemática e estruturada.⁸ Durante o processo de análise dos trabalhos encontrados foram apurados dados referentes ao periódico (título e ano de publicação), aos autores (nomes completos e nacionalidades) e ao estudo (objetivos, problemática, referencial teórico). Portanto, a pesquisa na modalidade integrativa permitiu a comparação de várias bibliografias de autores que foram peças chaves na busca sobre o estudo da influência de exercícios físicos na autoestima da gestante.

Os fatores de inclusão levados em consideração foram: produções acadêmicas que se interligassem diretamente com a proposta de desenvoltura do estudo, principalmente, com os objetivos específicos e gerais e a problemática deste assunto pertinente, artigos que correspondam com estudos que respondem à questão norteadora desta revisão integrativa, estudos nativos da

língua portuguesa, estudos que incluíssem pelo menos duas das palavras-chave estabelecidas e artigos que foram publicados nos anos de 2018 a 2024

Nos fatores de exclusão foram adotados critérios tais como: fragilidade e frugalidade em sua argumentação teórica tornando a estrutura fragilizada, artigos considerados antiquados produzidos em um período de mais de 8 anos atrás, artigos estrangeiros, além dos referenciais teóricos que não atendiam as requisições que o estudo demandasse.

A seleção de dados deu-se por meio da leitura de títulos, resumos e periódicos que atendessem a demanda estabelecida nos critérios de inclusão e exclusão. Após a investigação em diversos bancos de dados on-line, contabilizou-se a numeração de 34 artigos e após um processo de varredura e peneiragem excluiu-se 19 trabalhos, sendo selecionados 15, conforme mostrado na tabela 1.

A partir da leitura crítica, foi realizado um levantamento de dados que se deu durante os meses de setembro e outubro de 2024 estabelecendo um rigor na investigação científica corroborando para uma revisão mais integrativa da obra de autores que se relacionam com a temática.

Tabela 1: Identificação dos estudos selecionados.

Bases de Dados	Encontrados	Selecionados
Google acadêmico	13	8
CAPEs	9	6
Scielo	2	0
BDTD*	8	0
Pubmed	2	1
TOTAL	34	15

* Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações

A seleção de obras bibliográficas corroborou para que as literaturas pesquisadas correspondessem intrinsecamente com os objetivos deste estudo. Os artigos foram selecionados em base de dados como: Google acadêmico, periódico CAPES, BDTD (Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações), Scielo, e PUBMED. Assim, metodicamente houve a leitura das obras de diferentes autores e, após isso, houve a seleção baseada em um rigor científico que apresentasse uma consonância com as pretensões que obtivessem uma efetivação dos objetivos.

Sobre os aspectos éticos desta pesquisa, não houve contato com pessoas humanas de forma

direta, já que se trata de uma revisão integrativa que visa produções já existentes para a comparação e a criação de um embasamento teórico sólido para a aplicação de intervenções na prática tornando-se desnecessária a submissão a avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Este trabalho visa resguardar os direitos autorais dos pesquisadores que contribuem diretamente para este estudo. Ademais, este estudo demonstra a capacidade do pesquisar cientificamente dentro da legalidade, tendo em vista que todas as informações que foram mencionadas ou coletadas nos dados científicos foram devidamente referenciadas salvaguardando o direito dos autores.

A pesquisa não demonstra nenhuma tipificação maléfica, tendo em vista que a modalidade integrativa se utiliza de revisão bibliográfica e análise de textos para a construção da sua prática. Baseado nestes fatores, é nítido a inofensividade desta pesquisa levando em consideração que ela não leva risco a ninguém. Ademais, os benefícios aludidos por esta temática servirão de embasamento para outras pesquisas, além da construção de bases científicas sólidas que proporcionem a contribuição imersiva na práxis científica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nas pesquisas realizadas de forma digital, obtiveram-se 34 trabalhos científicos pesquisados em 05 bases de dados diferentes, após uma análise minuciosa, foram selecionados 15 trabalhos que atenderam às expectativas deste estudo. Nos resultados da pesquisa, conseguiram-se 01 referente ao ano de publicação de 2018, 03 do ano de 2020, 03 do ano de 2021, 02 do ano de 2022, 04 do ano de 2023 e 02 do ano de 2024 totalizando um montante de 15 artigos que estão organizados na tabela 2.

Tabela 2: Distribuição dos artigos levantados nas bases de dados, segundo autores, ano e objetivo principal.

Autores/ano	Título	Objetivo Principal
Carvalho JP, Schiavon AA, Sacco AMA. (2018)	A romantização da maternidade: uma forma de opressão de gênero	Incentivar uma visão da maternidade real e da legitimação do sofrimento causado por ela, servindo como base para a construção de uma assistência de qualidade.
Silva ES <i>et al.</i> , (2020)	Benefícios do exercício físico na gravidez: uma revisão integrativa	Este estudo objetivou identificar e relatar os benefícios da prática do exercício físico durante o período gestacional.
Silva MS <i>et al.</i> , (2020)	Exercício físico durante a gestação: benefícios para mãe e o bebê.	Mostrar a importância do exercício físico durante a gestação: os benefícios para a mãe e o bebê.

Tabela 2: Continuação

Autores/ano	Título	Objetivo Principal
Jesus FN, Lemes CCP, Okuno NM (2020)	Exercício físico e gestação: um estudo de revisão acerca das alterações fisiológicas, recomendações e benefícios da prática	A atividade física na gestação abrange as mudanças fisiológicas, psicológicas e morfológicas que o corpo da gestante experimenta nesse período, os exercícios mais recomendados para cada fase da gravidez, as precauções essenciais para garantir a segurança da mãe e do bebê, além dos benefícios para a saúde do bebê e da gestante que a prática regular de exercícios pode oferecer nesse contexto.
Campos MDS <i>et al.</i> , (2021)	Posicionamento sobre Exercícios Físicos na Gestação e no Pós-Parto	O objetivo deste estudo é guiar os especialistas da saúde na recomendação e na supervisão de exercícios físicos durante a gestação e o período pós-parto, enfatizando os benefícios, as indicações, as contraindicações e os cuidados específicos durante este período e as limitações impostas pela pandemia de COVID-19.
Ferraz BA <i>et al.</i> , (2021)	Autoimagem e percepção corporal durante o período gestacional: existe influência do exercício físico? Revisão integrativa	Realizar uma revisão de literatura integrativa e analisar se existem alterações de imagem e percepção corporal durante o período gestacional, assim como descrever o impacto de exercícios frente a essas possíveis alterações.
Mielke GI <i>et al.</i> , (2021)	Atividade física para gestantes e mulheres no pós-parto: Guia de Atividade Física para a População Brasileira	Apresentar as recomendações de atividade física para gestantes e mulheres no pós-parto desenvolvidas para o Guia de Atividade Física para a População Brasileira.
Netto LDSL (2022)	Gestação, autoestima e representações sociais: um estudo com mulheres grávidas	Compreender as representações sociais da gestação, assim como a autoestima e os sentimentos derivados da gravidez em uma amostra de 5 gestantes atendidas no ambulatório do Instituto Cândida Vargas, em João Pessoa.
Peixeiro ARM <i>et al.</i> , (2022)	A imagem corporal e a autoestima como determinantes na aceitação das mudanças físicas na gravidez: uma revisão narrativa	Demonstrar de que forma a imagem corporal e a autoestima da grávida determinam a aceitação das mudanças fisiológicas da gravidez.
Campos ODM <i>et al.</i> , (2023)	Avaliação da autoestima de gestantes de alto risco hospitalizadas em uma maternidade pública	Avaliar o nível de autoestima de gestantes de alto risco hospitalizadas em uma maternidade pública, descrevendo-as quanto às suas características sócio pessoais e obstétricas, além de apontar a correlação entre essas características e o nível de autoestima.
Salzer EB <i>et al.</i> , (2023)	Fatores intervenientes da imagem corporal na gestação	Compreender os fatores que influenciam a imagem corporal no período gestacional.

Tabela 2: Continuação

Autores/ano	Título	Objetivo Principal
Silva IFP, Antunes FCR, Oliveira MF (2023)	O impacto da autoimagem, durante o período gestacional, sobre a autoestima: revisão sistemática	Revisão em literaturas científicas sobre o impacto da autoimagem, no segmento da gestação, sobre a autoestima, seus fatores de risco, as influências exercidas que têm impactos positivos ou negativos sobre as gestantes, as consequências da baixa autoestima durante a gestação e as suas formas eficazes de enfrentamento.
Silva WJR (2023)	Exercício físico na gestação: uma revisão narrativa	Realizar uma revisão narrativa da literatura científica sobre o exercício físico na gestação, com o objetivo de identificar os benefícios, riscos e recomendações para a prática segura de atividade física durante a gestação, visando contribuir para o conhecimento atual nessa área.
Costa AV, Dias MFS (2024)	Atividade física para gestantes: estudo com praticantes e não praticantes.	A pesquisa tem como finalidade ressaltar as vantagens da realização de atividades físicas durante a gestação, incluindo o gerenciamento do peso, a diminuição de complicações como hipertensão e diabetes gestacional, além de proporcionar melhorias na saúde cardiorrespiratória e na qualidade de vida.
Cabral M <i>et al.</i> , (2024)	A importância do exercício físico no período gestacional	Mostrar a importância dos exercícios físicos durante o período gestacional.

Acerca dos 15 artigos selecionados para esta revisão integrativa, examinou-se os resultados que convergiram para a relevância deste estudo, destacando o papel crucial dos exercícios físicos no desempenho da autoestima das gestantes. Compreende-se assim, que ao receber a notícia de uma gravidez, a mulher vivencia uma série de emoções intensas. Diversos recursos são acionados para lidar com essa nova fase, e as mudanças hormonais, psicológicas, físicas e sociais se tornam parte do cotidiano da gestante. Entretanto, é fundamental reconhecer que cada mulher é singular, possui uma trajetória própria e experiências que não podem ser equiparadas às de outras. Assim, cada uma tem seu caminho e a maneira particular de enfrentá-lo. É relevante mencionar que, antes da confirmação da gravidez, toda mulher carrega suas próprias metas e sonhos, que podem ou não estar alinhados com essa nova fase da vida. Diante de transformações tão profundas e múltiplas, podem surgir sentimentos conflituosos quanto à aceitação das mudanças visíveis: as modificações no corpo provocadas pela gestação e as expectativas sociais ligadas a esse novo momento podem ter um impacto significativo na autoestima dessas mulheres.⁹

Muitas são as representações e simbolismos que contornam o período gravídico, sendo uma das concepções mais fortes atualmente a de que a gestação é

uma prática instintiva, simples e linear para todas as mulheres. No entanto, destaca-se que essa lógica pode repercutir em uma experiência menos satisfatória e prazerosa para a mulher, visto que essa visão desconsidera os desafios que serão enfrentados e a singularidade da experiência pessoal de cada gestante.¹⁰

Diante disso, é nítido que a mulher no período gestacional passa por várias mudanças significativas no seu corpo. Embora todas as mudanças sejam consideradas partes naturais da gravidez, ao vivenciá-las, muitas mulheres enfrentam um conflito com seus valores e conceitos sobre estética, beleza e sensualidade, o que pode impactar a forma como se veem e se relacionam com seus próprios corpos.¹¹ Assim, entende-se que a gravidez é uma fase do ciclo de vida que impacta de maneira significativa a autopercepção da mulher e, conseqüentemente, sua autoestima.

Desse modo, a autoestima pode ser entendida como o resultado dos sentimentos e pensamentos que um indivíduo tem sobre suas próprias qualidades, habilidades e adaptação, sendo possível expressá-la por meio de atitudes positivas ou negativas em relação a si mesmo.¹⁰ Essa avaliação subjetiva envolve percepções, crenças, sentimentos e comportamentos, influenciando significativamente as relações que a pessoa estabelece consigo e com os outros, além de impactar como ela percebe os eventos do dia a dia. O estado emocional de um indivíduo, moldado pela autoestima e pela confiança, determina o sucesso ou fracasso diante de situações desafiadoras.¹⁰ Assim, evidencia-se que o conceito de autoestima é essencial para a qualidade dos resultados de qualquer ação ou situação e, portanto, é vital durante o período da gravidez.

Diante dessa realidade, muitas mães acabam se sentindo culpadas e lutam com sentimentos de frustração e vergonha ao perceberem que a experiência da maternidade vai além do amor, carinho e momentos felizes. A mídia e a sociedade, nesse contexto, ajudam a propagar uma visão idealizada da gravidez, o que acaba por causar sofrimento ao criar expectativas acerca de uma gestação perfeita, um padrão impossível de ser alcançado. Assim, as mulheres se veem pressionadas a se sentir bem, atraentes e competentes durante a gestação. No entanto, essa idealização dificulta sua capacidade de agir, pensar e reconhecer as diversas ambivalências que essa fase pode trazer, além de impactar negativamente a autoestima e gerar dúvidas sobre sua habilidade de lidar com a gravidez.⁹

Nesse sentido, cabe salientar que a formação da autoimagem está intimamente ligada à interação do indivíduo com o ambiente em que está inserido e pode ser entendida como uma representação mental do próprio corpo, resultante de uma combinação de fatores cognitivos e

afetivos. Durante a gravidez, as mudanças corporais decorrentes do crescimento do feto podem causar considerável angústia. O temor de se sentir “diferente” do que é esperado socialmente frequentemente leva a problemas de distúrbios na percepção da imagem corporal, podendo até mesmo desencadear distúrbios alimentares. Este é um aspecto alarmante, visto que a ingestão calórica da gestante deve ser apropriada para atender às exigências da gravidez, bem como às demandas do eventual exercício físico praticado.⁴

Ademais, salienta-se que vários elementos podem influenciar uma autoestima reduzida durante a gestação, sendo um deles o padrão de beleza prevalente na sociedade ocidental, que valoriza um corpo magro. Essa expectativa é completamente incompatível com aquilo que é saudável para uma gravidez e se torna uma realidade praticamente inatingível para a mulher que está esperando um filho. Assim, destaca-se que a distância desse ideal durante a gravidez pode levar a uma queda na autoestima dessas mulheres, afetando de maneira negativa a forma como elas percebem sua imagem corporal.¹¹ A autoestima baixa é considerada prejudicial na gestação, pois pode ameaçar o vínculo entre mãe e bebê no período pós-parto e impactar os cuidados destinados ao recém-nascido.

Diante das reflexões contempladas neste trabalho, torna-se imprescindível investigar acerca da saúde física e mental das gestantes. Nesse sentido, entende-se, que o exercício físico deve ser visto como uma terapia primária para diminuir o risco de complicações durante a gestação e promove a saúde física e mental da mãe. A prática de exercícios físicos é descrita como qualquer atividade física planejada, estruturada e repetitiva com o objetivo de melhorar a saúde e manter um ou mais aspectos da aptidão física. Ela é considerada uma categoria específica de atividade física. Ambos os elementos podem ter impacto no curso da gravidez, assim como nos resultados para mãe e bebê, sendo ressaltados por serem aspectos que podem ser ajustados.¹²

Nas últimas três décadas, as taxas de complicações durante a gestação, como diabetes mellitus gestacional, hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia e macrossomia em recém-nascidos, têm aumentado de forma significativa, possivelmente como resultado do crescimento nas taxas de obesidade materna. A prática de exercícios físicos tem sido sugerida como uma estratégia preventiva ou terapêutica para minimizar complicações gestacionais e promover a saúde materno-fetal.¹³

Mulheres grávidas que não enfrentam complicações obstétricas devem ser encorajadas a realizar exercícios físicos leves por 30 minutos ou mais diariamente, mas não necessariamente todos

os dias, totalizando 150 minutos na semana. Essa atividade traz diversos benefícios à saúde da gestante, como alívio da dor nas costas, redução da constipação e do inchaço, além de ajudar na prevenção e controle do diabetes gestacional e promover uma melhora no ânimo, humor e postura, reduzindo também problemas como insônia e ansiedade; em termos musculares, resulta em maior tônus, força e resistência.¹⁴

Atualmente, o tema dos exercícios físicos durante a gestação tem ganhado destaque devido aos seus benefícios reconhecidos. Contudo, é comum observar uma diminuição no número de mulheres que se exercitam nesse período, muitas vezes influenciado por crenças populares que veem essa prática como contraindicada e por fatores variados como idade, etnia, nível educacional e condição socioeconômica.¹³ Contudo, comprova-se que mulheres que praticam atividades físicas durante a gravidez colhem importantes vantagens, incluindo facilitação do parto normal, proteção contra partos prematuros, aumento do volume de líquido amniótico, diminuição do inchaço, menor risco de desenvolver diabetes gestacional, controle do ganho de peso e aprimoramento da capacidade funcional com redução da intensidade das dores lombares¹⁴.

O treinamento dos músculos do assoalho pélvico durante a gravidez ajuda a reduzir os casos de incontinência urinária, tanto na gestação quanto após o parto. No entanto, é fundamental ressaltar que atividades físicas de alta intensidade devem ser evitadas devido ao aumento do risco de aborto espontâneo e parto prematuro. Também pode haver episódios temporários de bradicardia fetal após exercícios intensos, restrições no crescimento do feto e maior probabilidade de baixo peso ao nascer¹⁵.

As gestantes sem problemas de saúde devem receber orientações adequadas de profissionais qualificados. O recomendado é que pratiquem exercícios com intensidade leve a moderada por pelo menos 30 minutos, entre 3 e 5 vezes por semana. A caminhada se destaca como a atividade aeróbica mais popular no mundo, seguida pelas atividades aquáticas, que são eficazes para ajudar na recuperação do edema. Pilates e musculação são considerados os principais exercícios de força, enquanto a yoga é uma das práticas de relaxamento mais procuradas. Em nenhuma circunstância a gestante deve realizar atividades que coloquem em risco sua própria saúde ou a do seu bebê.¹⁶

Os exercícios físicos promovem melhorias na função do sistema circulatório e no controle do peso, além de auxiliar no alívio das dores posturais durante a gestação e o parto. Muitas gestantes enfrentam desafios como as algias lombo-pélvicas. Uma alternativa comumente adotada para redução

da dor é a prática de yoga.¹⁶ Nesta perspectiva, as respostas fisiológicas ao exercício moderado durante a gravidez normalmente se mostram elevadas quando comparadas àquelas em gestações sem exercícios físicos.¹⁷ Isso se traduz em melhorias nos níveis de captação de oxigênio, na frequência cardíaca, no volume sistólico, no débito cardíaco, entre outros, proporcionando benefícios tanto para a mãe quanto para o bebê. Mulheres grávidas saudáveis, sem contraindicações para a atividade física, devem ser estimuladas a se exercitar, sempre sob a orientação de um profissional de educação física que compreenda as particularidades associadas à gravidez.

Dessa maneira, destaca-se ainda como o exercício físico também pode ter um impacto benéfico na saúde mental das gestantes. O período de gravidez é marcado por várias transformações no corpo, nos hormônios e no estado emocional, podendo resultar em momentos de estresse e ansiedade para algumas mulheres. A prática de exercícios pode auxiliar na diminuição desses sintomas, ajudando a reduzir o estresse, a ansiedade e os sinais depressivos, ao mesmo tempo em que promove um aumento na sensação de bem-estar e qualidade de vida.¹⁷ Esse cuidado pode ter um impacto positivo na saúde mental da gestante, contribuindo para uma gravidez mais tranquila e saudável.

Sob esse viés, evidencia-se que a gravidez é uma fase única na vida da mulher, trazendo uma série de mudanças biopsicossociais. Embora o aumento de peso e as transformações corporais sejam vistos como normais e saudáveis essas modificações são experimentadas de maneiras distintas pelas gestantes, influenciando suas percepções sobre seus próprios corpos. Assim, a gestação resulta em importantes alterações na vida da mulher em um tempo relativamente curto, o que pode levá-la a reavaliar sua aparência física, potencialmente desencadeando problemas tanto para sua saúde quanto para a do bebê. Nesse sentido, destaca-se que a imagem corporal e a autopercepção das mulheres grávidas durante a gravidez são aspectos alterados que impactam significativamente sua qualidade de vida e bem-estar físico e psicológico. Assim, é fundamental que atividades físicas, sejam fisioterapêuticas ou não, façam parte desse processo, com o intuito de minimizar os efeitos negativos e contribuir para o fortalecimento da autoestima, da imagem corporal e da aceitação das novas formas do corpo¹⁸.

Diante disso, é válido ressaltar que as transformações no corpo e na percepção da própria imagem são aspectos que sofrem mudanças significativas durante a gestação. É amplamente reconhecido que esses fatores possuem uma relevância tanto social quanto pessoal, impactando a

autoestima, a aceitação e o bem-estar das futuras mães. Por conta disso, intervenções como a prática de exercícios físicos ao longo da gravidez têm sido objeto de estudos para analisar os efeitos desses impactos¹⁸. Desse modo, destaca-se que percepção da imagem corporal é altamente variável e complexa entre mulheres grávidas, podendo ser influenciada pelas expectativas em relação ao novo corpo (tanto na forma quanto no tamanho), além da funcionalidade e das novas vivências durante esse período.¹⁸

Assim, torna-se visível que a prática de exercícios físicos durante o período gestacional traz significativos ganhos para a autoestima da mulher. De acordo com a literatura, a realização de exercícios físicos contribui para mitigar a insatisfação em relação ao corpo, além de promover uma maior aceitação da própria figura.¹⁹ Além disso, a prática de exercícios físicos pode reduzir os efeitos negativos e ainda ajudar a melhorar a autoestima, a percepção da imagem corporal e a aceitação do novo corpo.¹⁸ Dessa maneira, enfatiza-se que a autoaceitação durante a gestação favorece uma relação positiva entre a satisfação com o corpo e o bem-estar psicológico dessas mulheres, levando em conta todas as mudanças que ocorrem nesse período. Além disso, é nítido que para que essas mulheres mantenham uma imagem corporal saudável, é fundamental que recebam informações claras sobre as transformações físicas, ajudando-as na aceitação de si mesmas.

A maioria das mulheres que se dedicam a atividades físicas antes da gestação tende a ter maiores incentivos para manter essas práticas durante a gravidez.¹⁹ Elas relatam que essa continuidade se deve à sensação de bem-estar, ao prazer proporcionado pela atividade, à preservação da forma física e à diminuição das experiências negativas em relação às alterações fisiológicas vivenciadas nesse período, resultando em uma melhor autopercepção. Além disso, também observam que os benefícios dos programas de exercícios durante a gravidez incluem uma percepção aprimorada do estado de saúde, incremento na aptidão aeróbica, aumento da força muscular e diversas vantagens para a saúde física e mental das mães.¹⁹

Desse modo, torna-se imperioso destacar que níveis elevados de autoaceitação estão associados a uma imagem corporal positiva durante a gestação.¹⁹ Assim, observa-se que as gestantes com maior autoaceitação demonstram uma valorização corpórea, autoestima e satisfação corporal superiores.¹⁹ Assim, entende-se que a autoaceitação durante a gestação promove um ciclo benéfico para a imagem corporal, tornando esse período mais aceitável e prazeroso para a mulher. Assim, a autoaceitação é destacada como um fator preditor do bem-estar psicológico na gravidez.

Dessa maneira, compreende-se que a prática de exercícios físicos está diretamente ligada aos níveis de autoaceitação e autoestima das gestantes, uma vez que quando devidamente orientadas acerca das mudanças corporais que a gravidez provoca e dos benefícios do exercício físico traz para a saúde materno-infantil, a mulher torna-se mais consciente acerca do período que está vivenciando e de suas peculiaridades.

CONCLUSÃO

Diante do que foi exposto, conclui-se que é claro, a mulher, durante a gestação, passa por diversas transformações marcantes em seu corpo e na sua condição de vida. Embora todas essas alterações sejam normais, muitas mulheres vivenciam um dilema em relação aos seus valores e ideias sobre estética, beleza e sensualidade. Isso pode afetar a maneira como se percebem e se relacionam com seus próprios corpos. Diante disso, é possível afirmar que a gravidez representa uma etapa do ciclo de vida que influencia consideravelmente a autopercepção feminina e, por consequência, sua autoestima.

Dessa forma, é claro que a atividade física deve ser encarada como uma terapia essencial para reduzir o risco de complicações durante a gestação, além de promover a saúde física e mental da mãe. A realização de exercícios tem sido recomendada como uma abordagem preventiva ou terapêutica para diminuir problemas gestacionais e favorecer a saúde tanto da mãe quanto do bebê. Assim, diante dos trabalhos analisados evidenciou-se que a prática de exercícios físicos pode ter um efeito positivo na saúde mental das gestantes, visto que o período gestacional está repleto de mudanças no corpo, nos hormônios e no estado emocional, o que pode ocasionar estresse, ansiedade e problemas associados à autoestima. Adicionalmente, comprovou-se através dos estudos que mulheres que se exercitam durante a gravidez obtêm benefícios significativos, como facilitação do parto normal, proteção contra partos prematuros, aumento do líquido amniótico, redução do inchaço, diminuição do risco de diabetes gestacional, controle do ganho de peso e melhora na capacidade funcional, resultando em menor intensidade das dores nas costas.

Por fim, apurou-se que o exercício físico ajuda a reduzir a insatisfação com o corpo, além de facilitar uma maior aceitação da própria imagem. Ademais, a prática de exercícios pode atenuar efeitos negativos, contribuindo para um aumento na autoestima, na percepção da imagem corporal e na aceitação do novo corpo. Nesse sentido, é ressaltado que a autoaceitação durante a gestação

favorece uma conexão positiva entre a satisfação com o corpo e o bem-estar psicológico das mulheres, levando em consideração as diversas transformações que ocorrem nesse período.

Assim, entende-se que a realização de exercícios físicos está diretamente relacionada aos níveis de autoaceitação e autoestima das gestantes. Portanto, quando devidamente informadas sobre as alterações corporais decorrentes da gravidez e os benefícios que o exercício físico traz para a saúde materno-infantil, as mulheres se tornam mais conscientes do momento que estão vivendo e de suas particularidades.

Em síntese, constatou-se que o exercício regular durante a gravidez não só auxilia no controle do peso, na redução de desconfortos típicos, como dores nas costas e inchaço, mas também contribui para a melhoria da saúde mental da gestante. Ao se exercitar, as mulheres podem se sentir mais energizadas e capacitadas, o que favorece a autoestima e a autoaceitação. Além disso, a atividade física pode ajudar a prevenir complicações como diabetes gestacional, hipertensão e parto prematuro.

REFERÊNCIAS

1. Silva IF, Antunes CR, Oliveira MF. O impacto da autoimagem durante o período gestacional sobre a autoestima: revisão sistemática. Rev Contemp. 2023;3(7):9646-64.
2. Campos MSB, Mielke GI, Cabral M. Benefícios do exercício físico na gravidez: revisão integrativa. Braz J Dev. 2020;6(11):86454-69.
3. Campos, M S B, et al. Posicionamento sobre Exercícios Físicos na Gestação e no Pós-Parto. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2021;117(117).
4. Peixeiro ARM, et al. A imagem corporal e a autoestima como determinantes na aceitação das mudanças físicas na gravidez: uma revisão narrativa. In: Literacia em saúde para uma gravidez saudável: promoção da saúde no período pré-natal. 1ª ed. 2022. p. 75-85.
5. Crossetti MGO. Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem: o rigor científico que lhe é exigido [editorial]. Rev Gaúcha Enferm. 2012 Jun;33(2):8-9.
6. De Sousa LM, et al. A metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem. Rev Investig Enferm. 2017;21(2):17-26. Disponível em: <https://www.sinaisvitalis.pt/images/stories/Rie/RIE21.pdf#page=17>. Acesso em: 19 nov. 2024
7. Santos CMC, Pimenta CAM, Nobre MRC. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. Rev Latino-Am Enfermagem. 2007 maio-jun;15(3):508-11. Disponível em: <https://www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 19 nov. 2024.
8. Botelho LLR, Cunha CC, Macedo M. O método da revisão integrativa nos estudos

organizacionais. Gest Soc. 2011;5(11):121-36.

9. Carvalho JP, Schiavon AA, Sacco AMA. Romantização da maternidade: uma forma de opressão de gênero. Rio Grande do Sul: Realize Editora; 2018
10. Netto LDS. Gestação, autoestima e representações sociais: um estudo com mulheres grávidas [dissertação]. João Pessoa (PB): Universidade Federal da Paraíba; 2022. Acesso em: 19 out. 2024
11. Costa AV, Dias MFS. Atividade física para gestantes: estudo com praticantes e não praticantes. Vox Humana: Journal of Social Affairs. 2024 maio 15;3(1).
12. Mielke GI, et al. Atividade física para gestantes e mulheres no pós-parto: Guia de Atividade Física para a População Brasileira. Rev Bras Ativ Fís Saúde. 2021 maio 5;26.
13. Cabral M, et al. A importância do exercício físico no período gestacional. Rev Ibero-Am Humanid Cienc Educ. 2024 abr 24;10(4):2525-33
14. Da Silva ME, et al. Benefícios do exercício físico na gravidez: uma revisão integrativa. Braz J Dev. 2020;6(11):e83291110401
15. Jesus FN, Lemes CCP, Okuno NM. Exercício físico e gestação: um estudo de revisão acerca das alterações fisiológicas, recomendações e benefícios da prática. Publicatio UEPG: Ci Biol Saude. 2020;26(1).
16. Da Silva MS, et al. Exercício físico durante a gestação: os benefícios para mãe e o bebê. Braz J Dev. 2020;6(11):86454-69.
17. Silva WJR. Exercício físico na gestação: uma revisão narrativa [dissertação]. Vitória de Santo Antão: Universidade; 2023.24.
18. Ferraz BA, et al. Autoimagem e percepção corporal durante o período gestacional: existe influência do exercício físico? Revisão integrativa. Rev Bras Sex Hum. 2021;32(1):39-49. doi: 10.35919/rbsh.v32i1.888.
19. Salzer EB, et al. Fatores intervenientes da imagem corporal na gestação. Ciências do Esporte e Educação Física: contribuições contemporâneas em pesquisa. 2023;72-86.

Fatores que influenciam no retorno da vida sexual após o parto: revisão

Emily Monyque Rodrigues Sales¹, Rayssa Silva Pereira¹ e Greice Lanna Sampaio do Nascimento²

RESUMO

Submissão: 04/12/2024

Aceite: 05/12/2024

Publicação: 30/12/2024

Panorama: Gravidez é período de grandes transformações fisiológicas, quando a Disfunção Sexual (DS) pode ter um impacto negativo na saúde e nas relações emocionais. **Objetivo:** Analisar os fatores que influenciam o retorno sexual após o parto, buscando identificar os principais elementos envolvidos nesse processo. **Método:** A pesquisa utilizou o acrônimo PICO, focando em mulheres no pós-parto, retorno sexual e fisioterapia. A busca bibliográfica foi realizada nas bases SciELO, LILACS via BVS, MEDLINE via PubMed e ScienceDirect. **Resultados:** A busca nas bases de dados resultou em 312 artigos, 305 descartados restando apenas 7. Diversos fatores influenciam o retorno sexual após o parto, incluindo aspectos físicos, psicológicos e sociais e a análise revelou a importância da fisioterapia, especialmente o fortalecimento do assoalho pélvico, no processo de recuperação. **Conclusão:** Adotar uma abordagem multidisciplinar, considerando fatores emocionais e físicos, é fundamental para um retorno sexual saudável e satisfatório para as mulheres no pós-parto.

ABSTRACT

Background: Pregnancy is a period of great physiological transformations, when Sexual Dysfunction (SD) can have a negative impact on health and emotional relationships. **Aims:** To analyze the factors that influence sexual return after childbirth, seeking to identify the main elements involved in this process. **Method:** The research used the acronym PICO, focusing on postpartum women, sexual return and physical therapy. The bibliographic search was carried out in the SciELO, LILACS via BVS, MEDLINE via PubMed and ScienceDirect databases. **Results:** The search in the databases resulted in 312 articles, 305 were discarded, leaving only 7. Several factors influence sexual return after childbirth, including physical, psychological and social aspects, and the analysis revealed the importance of physical therapy, especially strengthening the pelvic floor, in the recovery process. **Conclusion:** Adopting a multidisciplinary approach, considering emotional and physical factors, is essential for a healthy and satisfactory sexual return for postpartum women.

INTRODUÇÃO

A gravidez é um momento de importante reestruturação na vida da mulher e nos papéis que ela exerce, representa um período no qual o universo feminino irá passar por transformações fisiológicas, físicas e psicológicas. As mudanças nessa fase se modificam podendo afetar profundamente a rotina não somente da gestante, mas também do seu parceiro, causando um certo desequilíbrio no seu relacionamento. Durante esse período é essencial cuidar da saúde, fazer acompanhamento médico e cerca-se de apoio e amor, a gravidez é um verdadeiro milagre de vida em que a mulher se conecta com seu bebê de uma forma única, é um momento de descoberta, emoção e alegria que marca o início de uma nova jornada para se tornar mãe. Por essa razão, é necessário entender a gestação e suas mudanças, com essas informações, assim as gestantes terão um atendimento de melhor qualidade e mais segurança para aproveitar ao máximo esse momento tão especial¹.

O Parto tem um significado importante na vida da mulher podendo ser inesperado, e trazendo consigo alterações em diversos aspectos, incluindo disfunções sexuais, excitação, alterações fisiológicas e emocionais, e inclui também o desejo sexual. Marca o início de uma série de mudanças significativas e intensas para a mulher, a começar pelo nascimento de um filho e pela transformação do corpo da mulher. No parto normal, a mulher vivencia diferentes etapas, desde as primeiras contrações até o instante em que o bebê vem ao mundo, é um ciclo fisiológico e natural, no qual o organismo feminino se prepara para receber o bebê, por outro lado, a cesariana é um procedimento cirúrgico executado quando há uma necessidade médica para assegurar a saúde da mãe e do bebê².

Nesse período a relação sexual precisa ser restrita pois, a mulher não está ovulando com isso acarreta a falta de libido e estando suscetível a disfunções sexual, tornando necessário a detecção de forma precoce pelos profissionais da saúde, com o objetivo de prevenir alterações no bem-estar das puérperas. Existem algumas alterações devido a amamentação, em que há diminuição dos hormônios estrogênio e progesterona, que induzem a diminuição do desejo sexual, diminuição da lubrificação e dessa forma estando sujeita a disfunções¹.

Considerando que o sexo e a sexualidade são partes importantes da natureza humana, a Disfunção Sexual (DS) tem um impacto negativo e significativo, nas percepções de saúde e nas relações emocionais de quem a vivência, a disfunção sexual é um problema que impacta tanto homens como mulheres, apresentando desafios significativos em qualquer fase da atividade sexual. Essa questão pode desencadear uma série de emoções negativas na pessoa afetada e até mesmo sinalizar a presença de outras condições de saúde como diabetes, hipertensão, obesidade, doença coronariana, além de interferir na adesão do indivíduo a um tratamento de uma doença mais séria³.

A falta de informação e desconhecimento sobre condições uroginecológicas patológicas, conflitos conjugais e problemas pessoais podem gerar transtornos emocionais nas mulheres e ainda desenvolver algum tipo de disfunção sexual. A atuação fisioterapêutica vem disseminando grandes benefícios e rompendo barreiras, fazendo com que as mulheres procurem novas alternativas e a fisioterapia passa a ser uma forma para tratar as disfunções sexuais. A intervenção fisioterapêutica frente a distúrbios sexuais é amplamente reconhecida como uma abordagem medicamentosa e tradicional, buscando restaurar a funcionalidade afetada por tais disfunções de forma segura e eficaz. Diversas técnicas como cinesioterapia, e eletroestimulação, biofeedback, exercícios de kegel e terapia manual, entre outras abordagens, têm se mostrado eficazes⁴.

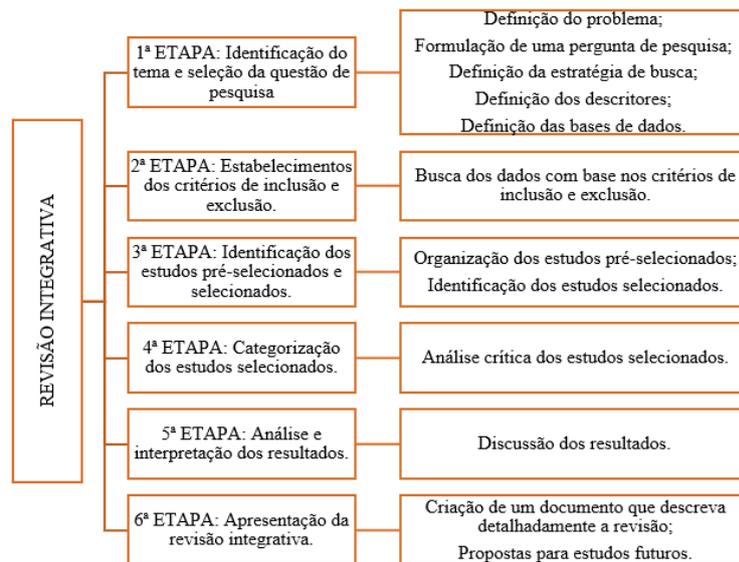
A discussão levantada em torno desse trabalho pretende responder o seguinte questionamento: Quais são os fatores que influenciam o retorno sexual após o parto? Assim, objetiva-se analisar os fatores que influenciam o retorno sexual após o parto esperando identificar se existem inúmeros fatores que influenciam a esse retorno através de uma revisão de literatura.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa, um método de pesquisa que visa sintetizar de forma ordenada e abrangente os resultados obtidos em pesquisas sobre um tema ou questão específica. Essa abordagem fundamenta-se em fontes secundárias, abrangendo as contribuições e ideias de diversos autores sobre o tema em questão. Nesta pesquisa, o foco está em identificar os principais aspectos físicos, emocionais e sociais que influenciam o retorno sexual após o parto. Isso inclui as mudanças anatômicas, bem como as alterações hormonais e psicológicas enfrentadas pelas mulheres nesse período, proporcionando uma compreensão mais ampla dos fatores que impactam essa fase⁵.

Para a pesquisa em questão, foram utilizados os domínios do acrônimo PICO, considerando mulheres pós-parto, retorno sexual e fisioterapia como contexto. O levantamento bibliográfico foi realizado por meio de busca nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Literatura Latino-americana de Ciências da Saúde* (LILACS) via BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line* (MEDLINE) via Pubmed e *ScienceDirect*.

Esta revisão da literatura foi conduzida em 6 etapas de investigação: 1) elaboração da pergunta da revisão; 2) busca e seleção dos estudos primários; 3) extração de dados dos estudos; 4) avaliação crítica dos estudos primários incluídos na revisão; 5) síntese dos resultados da revisão e 6) apresentação do método⁶.

Figura 1: Etapas da Revisão Integrativa.

Foram incluídos artigos científicos publicados entre os últimos 7 anos, artigos completos escritos em português, espanhol, inglês, que abordem temas relacionados aos fatores influenciadores do retorno sexual no pós-parto. Apenas estudos originais, revisões sistemáticas, meta-análises e estudos de caso serão considerados. Foram excluídos artigos incompletos, duplicados, estudos fora do período estabelecido, e pesquisas que não abordem a temática proposta.

O processo investigativo de artigos foi desempenhado por duas pesquisadoras, sendo estas graduandas do curso de Fisioterapia da Faculdade de Educação São Francisco - FAESF, por intermédio de uma estratégia de busca obtida através de termos previamente expostos na estratégia PICO. Para a seleção dos descritores controlados e não controlados foram consultados os termos constantes nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e no *Medical Subject Headings* (MeSH) em três línguas: português, inglês e espanhol (tabela 1). Em seguida foi realizada leitura detalhada de cada artigo, selecionando apenas aqueles que tenham uma relação direta como os objetivos da pesquisa, destacando os dados mais importantes a serem utilizados nos resultados.

Por se tratar de estudo de revisão, não houve a necessidade de ser submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa. Ao longo de toda a pesquisa, o estudo teve como fundamentos os princípios éticos, a fim de que se mantenha o máximo zelo na veracidade das informações, evitando, desse modo, equívocos, distorções, contradições e apropriação indevida de trabalhos e/ou estudos anteriores para que a originalidade deste seja o respaldo à pesquisa das autoras e que o mesmo possa ser mais uma referência pública disponível a estudos posteriores.

Tabela 1: Descritores selecionados mediante a estratégia PICO.

DECS		DESCRITOR CONTROLADO	DESCRITOR NÃO CONTROLADO
P	Mulheres		Meninas; Mulher.
	Disfunções Sexuais Fisiológicas		Disfunção sexual fisiológica.
I	Modalidades de Fisioterapia		Fisioterapia; Fisioterapia (Técnicas); Técnicas de Fisioterapia; Técnicas Fisioterápicas.
Co	Saúde Sexual		-
MESH			
P	Women		Girl; Girls; Woman; Women Groups; Women's Group; Women's Groups Physiological Sexual Disorder; Physiological Sexual Disorders; Physiological Sexual Dysfunction; Physiological Sexual Dysfunctions; Sex Disorders; Sexual Disorder, Physiological; Sexual Disorders, Physiological; Sexual Dysfunctions, Physiological.
	Sexual Dysfunction, Physiological		Modalities, Physical Therapy; Modality, Physical Therapy; Physical Therapy Modality; Physical Therapy Techniques; Physical Therapy Technique.
I	Physical Therapy Modalities		Health, Sexual.
Co	Sexual Health		
EM ESPANHOL			
P	Mujeres		Chicas; Mujer; Niñas.
	Disfunciones Sexuales Fisiológicas		Disfunción Sexual Fisiológica.
I	Modalidades de Fisioterapia		Fisioterapia; Fisioterapia (Técnicas); Técnicas de Fisioterapia.
Co	Salud Sexual		-

RESULTADOS

A busca na base de dados resultou em 312 artigos, sendo 216 da Science Direct, 13 do Lilacs via BVS, 73 do Medline via Pubmed e 10 do SciELO. Após a realização da triagem, foram descartados 305 artigos que não atendiam aos critérios de inclusão propostos no trabalho, sendo assim, no total restaram apenas 7 artigos.

Tabela 2: Descrição metodológica dos estudos incluídos nesta revisão. Pedreiras, MA, 2024.

AUTOR/ ANO	TIPO DE ESTUDO	OBJETIVOS	INTERVENÇÃO/ SUJEITOS	RESULTADO/CONCLUSÃO
GELAW, A. K <i>et al.</i> , 2024 ⁷	Revisão sistemática com Meta-análise	Investigar os determinantes do retorno precoce às relações sexuais no período pós-parto em âmbito global.	Foram analisados 21 estudos com uma população total de 4.482 participantes (somando todos os estudos). A população dos estudos foi composta por mulheres no pós-parto que tiveram	A porcentagem combinada de estudos de retomada precoce da relação sexual pós-parto foi de 57,26%. Os fatores associados foram: uso de contraceptivos (1,48 vezes mais probabilidade de retorno precoce), serem primíparas (2,88 vezes mais

			retomada precoce da relação sexual.	probabilidade de retorno precoce), ausência de histórico de lesão genital grave no último parto (2,27 vezes mais probabilidade de retorno precoce).
RANDHAWA <i>et al.</i> , 2024 ⁸ .	Estudo transversal	Identificar os fatores associados à disfunção sexual persistente e à dor 12 meses após o parto em uma população carente.	O estudo utilizou um programa de cuidados maternos pós-parto para avaliar a disfunção sexual e incontinência urinária em mulheres 12 meses após o parto. Foram aplicados os questionários PISQ-12 e UDI-6, e triagem para ansiedade e depressão com GAD-7 e EPDS. A disfunção sexual foi definida por escores < 32,5 no PISQ-12, e a incontinência urinária foi definida por sintomas incômodos	A disfunção sexual foi significativamente associada tanto à IUU quanto à IUE: 12 (39%) vs. 46 (15%) tinham IUU, $p = 0,001$, e 20 (65%) vs. 97 (33%) tinham IUE, $P < 0,001$; o grupo com disfunção também apresentou maiores escores de GAD-7 e EPDS e maiores níveis gerais de estresse. Na análise multivariada, IUE e estresse permaneceram significativamente associados
ZHANG, Q <i>et al.</i> , 2021 ⁹	Prospectivo longitudinal multicêntrico	Estimar a prevalência de disfunção sexual feminina nos estágios inicial, médio e final da gravidez e pós-parto 6 meses após o parto e discutir fatores relevantes associados à disfunção sexual feminina entre mulheres 6 meses após o parto.	A população do estudo foi composta por mulheres grávidas com registro em 3 hospitais de um distrito chinês (217 mulheres foram entrevistadas), que foram acompanhadas em diferentes etapas da gravidez e pós-parto. Foram utilizados para avaliação questionários e escalas como FSFI, EPDS, MFI-20, SSRS, Escala de autoconsciência da imagem corporal e escala visual analógica.	O estudo demonstrou diminuição da relação sexual durante o período de gravidez em 92% das mulheres do estudo, principalmente associado a fatores físicos, diminuição da libido e entendimento de ser prejudicial ao feto. Em relação ao pós-parto, os fatores: ganho de peso pós-parto, IMC pré-gestacional e qualidade da parceria foram preditores para disfunção sexual.
GADISA, T. B <i>et al.</i> , 2021 ¹⁰	Transversal	Avaliar a retomada precoce da relação sexual pós-parto e seus fatores de risco associados entre mulheres casadas.	Foi realizada uma entrevista com 319 mulheres pós-parto registradas em hospitais públicos de uma cidade da Etiópia e que retomaram a atividade sexual.	De acordo com o estudo, 277 (86,8%) das mulheres eram monogâmicas, 42 (13,2%) em relacionamento poligâmico, 199 (62,4%) viviam na zona urbana e 120 (37,6%) em zona rural. 198 (62%) tinham renda abaixo ou igual a média. No estudo 53 (28,2%) relatam histórico de aborto. Praticavam amamentação com fórmula 45 (14,1%). Entre os preditores para retomada da relação sexual pós-parto foram encontrados que mães com renda mensal maior que a média, que mantiveram relação sexual durante a gravidez, parto vaginal, que usavam contraceptivos e viviam relacionamentos monogâmicos, tiveram mais chance de retorno a atividade sexual precoce.

ARTYMUJ; KHAPACHEVA, 2020 ¹¹	estudo prospectivo, randomizado e aberto em 70 mulheres no período pós-parto.	Avaliar a eficácia de dois treinadores do assoalho pélvico na prevenção da Disfunção do Assoalho Pélvico em mulheres durante o período pós-parto.	Os participantes foram randomizados para completar um conjunto diário de 20 minutos de exercícios para os músculos do assoalho pélvico usando o EmbaGYN (Reino Unido; Grupo 1, n = 40) ou o dispositivo Magic Kegel Master (China; Grupo 2, n = 40) por 4 semanas. Todos os participantes preencheram anonimamente o questionário PFDI-20 e o formulário FSFI no início e na última visita. A força muscular do assoalho pélvico foi medida usando o dispositivo XFT-0010.	Houve redução significativa nos sintomas de disfunções do assoalho pélvico (DFP), incluindo prolapso de órgãos pélvicos, incontinência urinária e fecal. No Grupo II, o uso do dispositivo Magic Kegel Master reduziu significativamente a disfunção sexual (69,4% para 25,0%; p = 0,001). No Grupo I, o dispositivo EmbaGYN mostrou eficácia na redução de sintomas específicos de incontinência urinária, como urgência (35,3% para 8,8%; p = 0,009), perda associada à tosse, espirro ou riso (41,2% para 11,8%; p = 0,006) e perda independente da atividade física (23,5% para 5,9%; p = 0,040).
KHALID, N. N <i>et al.</i> , 2020 ¹²	Transversal	Determinar a prevalência e os tipos de disfunções sexuais entre mulheres pós-parto em clínicas de atenção primária e seus fatores associados em uma coorte da Malásia.	Foram avaliadas 420 mulheres em pós-parto de nove clínicas de uma cidade da Malásia. Foi utilizado um questionário sociodemográfico e uma versão malaia do questionário FSFI (com pontuação ≤55 sendo característica de disfunção sexual).	No estudo, a prevalência de disfunção sexual entre mulheres no pós-parto foi de 35,5% (132 participantes). Lubrificação, com 85,6% (113 participante), seguido pelo distúrbio do desejo, com 69,7% (92 participantes), e distúrbio da dor, com 62,9% (83 participantes) foram as principais disfunções sexuais. O risco de disfunções sexuais estava relacionado à melhor nível acadêmico (72% mais chances) e uso de contraceptivos hormonais (71%).
SHEIKHI, Z. P <i>et al.</i> , 2020 ¹³	Experimental	Determinar o efeito da educação em saúde sexual na função sexual e no tempo de retomada da relação sexual em mulheres primíparas.	94 mulheres primíparas em período pós-parto separadas em grupo de intervenção (n = 47) que receberam um programa de saúde sexual pré-estruturado em 3 momentos (3-5 dias, 10 dias e 6 semanas após o parto). O grupo controle (n = 47) recebeu um programa comum de acordo com as bases do governo sem educação sexual em três visitas (3-5 dias, 10-15 dias e 30-42 dias após o parto). Ao fim ambos os grupos foram submetidos a um questionário padrão e o questionário FSFI.	Neste estudo todas as mulheres apresentaram disfunção sexual de acordo com a análise da pontuação média do FSFI. O grupo de intervenção teve melhora significativa na pontuação média (12,70 para 17,36) enquanto que o grupo controle teve diminuição da pontuação (13,09 para 12,29).

De acordo com os resultados em questão, foi possível identificar a seguinte distribuição de artigos de acordo com as bases de dados (tabela 3), idioma (tabela 4) e ano de publicação (tabela 5).

Tabela 3: Distribuição de acordo com as bases de dados.

BASE DE DADOS	ARTIGOS	%
MEDLINE VIA PUBMED	6	85,71%
LILACS VIA BVS	0	0%
SCIELO	0	0 %.
SCIENCE DIRECT	1	14,29%
TOTAL: 7 ARTIGOS		100%

Tabela 4: Distribuição de acordo com o idioma dos artigos.

IDIOMA	ARTIGOS	%
Português	0	0%
Inglês	7	100%
Espanhol	0	0%

Tabela 5: Distribuição de acordo com o ano de publicação 2017-2024.

ANO DE PUBLICAÇÃO	ARTIGOS	%
2024	2	28,57%.
2023	0	0%
2021	2	28,57%
2020	3	42,86%
2019	0	0%
2018	0	0%
2017	0	0%

DISCUSSÃO

Vários são os fatores que influenciam o retorno sexual no período pós-parto e, por vezes, estão relacionados às alterações corporais que ocorrem ao longo da gravidez. Essas mudanças associam-se à sentimento de perda da autoestima, decorrentes de percepções subjetivas de diminuição da atratividade física e de uma suposta incapacidade de sedução. Adicionalmente, entre os aspectos que impactam essa retomada, destacam-se fatores biológicos, como o uso de métodos contraceptivos, a primiparidade e a ausência de lesões genitais graves no parto. Essas condições demonstram que o bem-estar físico pode facilitar o retorno à atividade sexual, mas que a falta de segurança pessoal pode ter um peso negativo significativo¹⁴.

O estudo de Gelaw⁷ teve como objetivo principal verificar a prevalência geral e os fatores associados à retomada precoce da atividade sexual entre mulheres no período pós-parto. Os resultados demonstraram que 57,26% das participantes retomaram relações sexuais precocemente, indicando uma prevalência positiva desse comportamento. Entre os fatores identificados como

determinantes estão o uso de anticoncepcionais (AOR = 1,48), a primiparidade (AOR = 2,88) e a ausência de lesões genitais graves no último parto (AOR = 2,27). Esses elementos sugerem que aspectos relacionados à percepção de segurança contraceptiva, à experiência prévia com partos e à integridade física foram essenciais na decisão de retomar a vida sexual.

Com o objetivo de compreender e relatar os fatores relacionados ao parto e ao período pós-parto associados à disfunção sexual e à dor persistente até 12 meses após o nascimento, o estudo de Randhawa⁸, buscou examinar uma população de mulheres em condições socioeconômicas desfavoráveis. A pesquisa foi realizada como uma subanálise transversal planejada de um estudo de coorte prospectivo maior, conduzido com mulheres previamente identificadas por disparidades significativas em saúde perinatal.

A população do estudo foi composta por 328 mulheres que responderam a questionários entre 9 e 13 meses após o parto. Os resultados indicaram que a disfunção sexual persistente no período pós-parto estava associada à presença de incontinência urinária incômoda e ao aumento do estresse diário percebido pelas mulheres. Além disso, análises bivariadas revelaram associações entre disfunção sexual e maiores escores de ansiedade e depressão. Por fim, o estudo revela que sintomas de ansiedade e depressão, frequentemente presentes no período pós-parto, também contribuem para dificuldades no retorno à intimidade sexual, evidenciando a necessidade de uma abordagem abrangente que considere tanto os aspectos físicos quanto os emocionais nesse processo⁸.

O estudo de Zhang⁹, buscou investigar a prevalência de disfunção sexual feminina (DSF) durante os estágios inicial, médio e final da gravidez, bem como até seis meses após o parto, além de identificar os fatores associados a essa disfunção sexual no período pós-parto. Utilizando um desenho longitudinal multicêntrico, a pesquisa foi conduzida entre setembro de 2017 e março de 2019. Dados foram coletados por meio de questionários online validados, que abordaram informações sociodemográficas, histórico médico e fatores psicossociais, complementados por entrevistas qualitativas realizadas em diferentes períodos gestacionais e no pós-parto.

Os resultados mostraram que a maioria das mulheres reduziu ou cessou a atividade sexual desde a gravidez até seis meses após o parto. Experiências sexuais negativas foram relatadas, frequentemente associadas a respostas emocionais e atitudes subjetivas em relação ao sexo durante esse período. Pela análise quantitativa, fatores como índice de massa corporal (IMC) pré-gestacional elevado (OR = 1,15; $p = 0,012$), ganho de peso pós-parto (OR = 1,057; $p = 0,033$) e a qualidade

da relação conjugal ($OR = 1,181$; $p = 0,04$) mostraram-se significativamente associados à disfunção sexual no período pós-parto. Os fatores identificados pelo estudo, como IMC pré-gestacional elevado, ganho de peso pós-parto e qualidade da relação conjugal, são determinantes que influenciam o retorno às atividades sexuais⁹.

O estudo de Gadisa¹⁰, teve como objetivo avaliar a retomada precoce da atividade sexual pós-parto e os fatores de risco associados a essa retomada entre mulheres pós-parto casadas que buscaram serviços de imunização infantil em hospitais públicos da zona de Jimma, no sudoeste da Etiópia. O desenho do estudo foi transversal e baseado em instalações, com uma amostra de 330 participantes selecionadas por amostragem aleatória sistemática e a análise dos dados foi realizada utilizando estatísticas descritivas e análise bivariada para determinar as associações.

Os resultados revelaram que aproximadamente 53,9% das mulheres participaram da retomada precoce da atividade sexual pós-parto. Fatores significativamente associados à retomada precoce incluíram baixa renda, casamento monogâmico, prática de relações sexuais durante a gravidez, parto cesáreo e uso de anticoncepcionais. Além desses fatores, a cesariana, por sua vez, foi associada a uma menor chance de retorno precoce à atividade sexual e a baixa renda também desempenha um papel importante, possivelmente refletindo barreiras econômicas ao acesso a serviços de saúde e cuidados pós-parto adequados¹⁰.

Artymuk e Khapacheva¹¹, buscaram avaliar um programa de exercícios assistidos por dispositivos para o assoalho pélvico no manejo da disfunção do assoalho pélvico pós-parto. O foco principal foi investigar a eficácia de uma intervenção terapêutica específica para melhorar a função do assoalho pélvico e, conseqüentemente, a qualidade de vida após o parto. Os resultados mostraram que o uso do dispositivo, combinado com o programa de exercícios, resultou em uma melhora nas condições do assoalho pélvico das participantes. Houve uma redução nos sintomas de incontinência urinária e prolapso genital, além de uma melhoria nas capacidades funcionais das participantes em relação ao controle e fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico.

Embora o estudo não tenha abordado diretamente o retorno precoce à atividade sexual, a melhora da função do assoalho pélvico com o programa de exercícios pode ter um impacto positivo na retomada das atividades sexuais. O acompanhamento adequado e o uso de tecnologias específicas podem ser fatores decisivos para o bem-estar a longo prazo, especialmente no que diz respeito à função do assoalho pélvico e ao retorno às atividades sexuais¹¹.

O estudo de Khalid¹² teve como objetivo medir a prevalência de disfunção sexual feminina no pós-parto, identificar os tipos de disfunção sexual e explorar os fatores associados a esses problemas entre mulheres em Kuantan, na Malásia. Este estudo transversal foi realizado em nove clínicas de atenção primária durante um período de sete meses, com 420 mulheres pós-parto que foram recrutadas aleatoriamente.

A metodologia do estudo envolveu o uso de questionários validados para avaliar a função sexual das participantes, com base na pontuação MVFSFI (*Female Sexual Function Index*). Os resultados indicaram que a prevalência de disfunção sexual pós-parto em Kuantan era de 35,5%, um valor relativamente alto. Além disso, o estudo revelou que mulheres com maior nível de educação e que utilizavam contraceptivos hormonais estavam em maior risco de desenvolver disfunção sexual pós-parto¹².

Fatores como o apoio psicológico e a orientação sexual tem um papel fundamental no retorno à atividade sexual após o parto. O aconselhamento sobre o tempo adequado para retomar a atividade sexual e o manejo de quaisquer sintomas relacionados ao desconforto físico podem ser determinantes para a recuperação da função sexual das mulheres no pós-parto. Nesse sentido, os profissionais de saúde devem estar atentos às preocupações sexuais das mulheres e, quando necessário, encaminhá-las para intervenções fisioterapêuticas, especialmente aquelas que envolvem o fortalecimento do assoalho pélvico e a educação sobre a função sexual após o parto¹².

O estudo de Sheikhi, Navidian e Rigi¹³, investigou o impacto da educação em saúde sexual na função sexual e no tempo de retomada da atividade sexual após o parto em mulheres primíparas no sudeste do Irã. Este foi um ensaio clínico randomizado que envolveu 94 mulheres primíparas, divididas aleatoriamente em dois grupos: um grupo de intervenção e um grupo controle.

A principal ferramenta utilizada para avaliar a função sexual foi o Índice de Função Sexual Feminina (FSFI), que foi completado por todas as participantes antes e 8 semanas após a intervenção. Os resultados mostraram que a pontuação média do FSFI no grupo de intervenção aumentou significativamente de $12,70 \pm 6,166$ antes da intervenção para $17,36 \pm 5,407$ após 8 semanas. Com base nos resultados, o estudo concluiu que a educação em saúde sexual pode melhorar a função sexual das mulheres no pós-parto, evidenciado pela melhora significativa na pontuação do FSFI no grupo de intervenção. No entanto, não houve diferença significativa no tempo de retomada da relação sexual entre os dois grupos. A recomendação dos autores é que programas de educação em saúde

sexual sejam incorporados durante o período pós-parto para promover a função sexual feminina¹³.

Os estudos analisados guardam fatores semelhantes no que diz respeito a retomada da atividade sexual no pós-parto. Gelaw e colaboradores⁷ e Gadisa¹⁰, focaram na prevalência da retomada precoce, destacando fatores como o tipo de parto, uso de anticoncepcionais e a renda. Ambos os estudos indicam que a cesárea e a baixa renda dificultam a retomada precoce, com diferenças nos fatores analisados.

Já Randhawa⁸ e Khalid¹², enfocaram os aspectos emocionais, como ansiedade e depressão, sugerindo que apoio psicológico é essencial. Artymuk e Khapacheva¹¹, indicaram que o fortalecimento do assoalho pélvico contribui para a função sexual, complementando os achados de outros estudos sobre a saúde física pós-parto. Em resumo, a retomada sexual no pós-parto é influenciada por fatores físicos, emocionais e socioeconômicos, sendo importante uma abordagem múltipla para o manejo da função sexual feminina nesse período.

CONCLUSÃO

Considerando a análise dos estudos revisados, é possível concluir que o retorno sexual após o parto é influenciado por uma combinação de fatores físicos, emocionais e socioeconômicos, sendo essencial uma abordagem multidisciplinar para o manejo desse aspecto da saúde da mulher. Entre os fatores físicos, destacam-se a recuperação do assoalho pélvico, o tipo de parto (cesárea ou vaginal) e o uso de anticoncepcionais. Além disso, questões emocionais, como ansiedade, depressão e o apoio psicológico, têm um impacto negativo no retorno à atividade sexual.

Apesar das evidências existentes, a literatura ainda revela lacunas no entendimento global sobre as complexas interações entre esses fatores e como eles afetam as mulheres de diferentes contextos sociais e culturais. Estudos adicionais que explorem a relação entre fatores psicossociais, educação sexual pós-parto e intervenções terapêuticas, como fisioterapia pélvica, são essenciais para aprofundar o conhecimento e melhorar as práticas clínicas no acompanhamento das mulheres após o parto. Por fim, considera-se que o objetivo deste estudo foi atingido de forma satisfatória, além disso, é importante que os profissionais de saúde estejam atentos a esses fatores, incorporando uma abordagem que envolva tanto o cuidado físico quanto emocional, para promover um retorno sexual saudável para as mulheres no período pós-parto.

REFERÊNCIAS

1. Alves TV, Bezerra MMM. Principais alterações fisiológicas e psicológicas durante o Período Gestacional / Main Physiological and Psychological changes during the management period. ID on line REVISTA DE PSICOLOGIA [Internet]. 2020 Feb 28;14(49):114–26.
2. Banaei M, Dashti A. Sexual Dysfunction and its Associated Factors After Delivery: Longitudinal Study in Iranian Women. *Materia Socio Medica*. 2018;30(2):198.
3. Starc A. Infertility and Sexual Dysfunctions: A Systematic Literature Review. *Acta Clinica Croatica*. 2019;58(3).
4. Bemvenuto RP, Carvalho FO de, Souza EC de. Atuação da Fisioterapia Frente às Disfunções Sexuais Masculinas: disfunção erétil e ejaculação precoce. *Journal of research and knowledge spreading*. 2021 Oct 9;2(1):e11890.
5. Cavalcante L, Oliveira A. Métodos de revisão bibliográfica nos estudos científicos. *Psicol. Rev*. 2020;26 (1) [em linha].
6. Dantas HL de L, Costa CRB, Costa L de MC, Lúcio IML, Comassetto I. Como elaborar uma revisão integrativa: sistematização do método científico. *Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem*. 2022 Mar 13;12(37):334–45.
7. Gelaw KA, Atalay YA, Yeshambel A, Adella GA, Walle BG, Zeleke LB, et al. Prevalence and factors associated with early resumption of sexual intercourse among postpartum women: Systematic review and meta-analysis. Spradley FT, editor. *PLOS ONE*. 2024 Jan 17;19(1):e0288536.
8. Randhawa SB, Rizkallah A, Nelson DB, Duryea EL, Spong CY, Pruszynski JE, et al. Factors associated with persistent sexual dysfunction and pain 12 months postpartum. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2024 Sep;41:101001.
9. Zhang Q, Shen M, Zheng Y, Jiao S, Gao S, Wang X, et al. Sexual function in Chinese women from pregnancy to postpartum: a multicenter longitudinal prospective study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2021 Jan 19;21(1).
10. Gadisa TB, G/Michael MW, Reda MM, Aboma BD. Early resumption of postpartum sexual intercourse and its associated risk factors among married postpartum women who visited public hospitals of Jimma zone, Southwest Ethiopia: A cross-sectional study. Erbil N, editor. *PLOS ONE*. 2021 Mar 29;16(3):e0247769.
11. Artymuk NV, Khapacheva SY. Device-assisted pelvic floor muscle postpartum exercise programme for the management of pelvic floor dysfunction after delivery. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2020 Feb 4;1–5.
12. Khalid NN, Jamani NA, Abd Aziz KH, Draman N. The prevalence of sexual dysfunction among postpartum women on the East Coast of Malaysia. *Journal of Taibah University Medical Sciences*. 2020 Dec;15(6):515–21.
13. Navidian A, Sheikhi Z, Rigi M. Effect of sexual health education on sexual function and resumption of sexual intercourse after childbirth in primiparous women. *Journal of Education and Health Promotion*. 2020;9(1):87.
14. Gun, S. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba (Online)*. Ibiectbr [Internet]. 2015 [cited 2024 Dec 4].

Fisioterapia Pélvica no tratamento da Incontinência Urinária na Atenção Primária à Saúde: revisão



Isabella de Oliveira D'amato Favilla¹, Caroline Evelyn Sommerfeld-Ostetto²

RESUMO

Submissão: 04/12/2024

Aceite: 10/12/2024

Publicação: 30/12/2024

Panorama: Incontinência urinária (IU) afeta a qualidade de vida de quem a adquire. **Objetivo:** Analisar as políticas e práticas da reabilitação e da prevenção da IU na Atenção Primária à Saúde (APS), identificando as principais políticas, diretrizes, consensos e recomendações de órgãos oficiais, conselhos de classe e associações de especialidades sobre a reabilitação da IU na APS. **Método:** Revisão integrativa com análise quanti-qualitativa dos resultados, realizada utilizando ferramentas de inteligência artificial Rabbit e Consensus, além das plataformas PubMed, Scielo e PEDro, no período de 2012 a 2024. **Resultados:** Foram definidas categorias para apresentação e discussão dos resultados, relatando as principais recomendações ao cuidado com a IU, abordando a atenção à IU na atenção primária e trazendo as experiências da fisioterapia na reabilitação da IU na APS. **Conclusão:** Destaca-se a importância da fisioterapia no tratamento da incontinência urinária, bem como a promoção e educação em saúde relacionada à mesma no nível primário de atenção à saúde.

ABSTRACT

Background: Urinary incontinence (UI) affects the quality of life of those who acquire it. **Aims:** To analyze the policies and practices of UI rehabilitation and prevention in Primary Health Care (PHC), identifying the main policies, guidelines, consensuses and recommendations of official bodies, professional councils and specialty associations on UI rehabilitation in PHC. **Method:** Integrative review with quantitative and qualitative analysis of the results, carried out using artificial intelligence tools Rabbit and Consensus, in addition to the PubMed, Scielo and PEDro platforms, from 2012 to 2024. **Results:** Categories were defined for presentation and discussion of the results, reporting the main recommendations for UI care, addressing UI care in primary care and bringing the experiences of physiotherapy in UI rehabilitation in PHC. **Conclusion:** The importance of physiotherapy in the treatment of urinary incontinence is highlighted, as well as health promotion and education related to it at the primary health care level.

INTRODUÇÃO

A Incontinência Urinária (IU) foi definida em 2010 pela *International Continence Society (ICS)* - Sociedade Internacional de Continência¹ como a queixa de qualquer perda involuntária de urina, sendo considerada um distúrbio do trato urinário inferior na fase de armazenamento². Manifesta-se como uma disfunção crônica multifatorial, de início gradual e com agravamento progressivo³, e afeta significativamente a qualidade de vida dos pacientes, sendo especialmente prevalente entre mulheres e idosos, correspondendo a aproximadamente de 10 a 20% da população mundial⁴.

Estima-se que a prevalência de IU nas mulheres varia entre 25 a 45% em diferentes países do mundo. Sendo essa estimativa de 20-30% para mulheres adultas jovens (18-44 anos), 30-40% para mulheres de meia-idade (45-59 anos) e 30-50% para mulheres idosas (60 anos ou mais)⁵. De acordo com o IBGE (2018),⁶ o número da população idosa no Brasil aumentou 18% nos últimos cinco anos, tornando-se compreensível que se tenha uma atenção maior à saúde das pessoas idosas na atualidade. Conseqüentemente, com a ampliação da expectativa de vida, estima-se que a prevalência de IU também irá aumentar².

As queixas de perda de urina podem ser categorizadas como Incontinência Urinária de Esforço (IUE) ocorrendo mediante esforços, como atividades físicas ou até mesmo espirros ou tosse; Incontinência Urinária associada à Urgência miccional (IUU); IU mista, sendo a relação entre incontinência urinária de urgência e incontinência urinária de esforço; incontinência urinária com a queixa contínua de perda urinária;⁷ incontinência urinária funcional, que se origina secundariamente a fatores que não são do trato urinário, como problemas musculoesqueléticos, psicológicos e fatores ambientais, podendo ser subdividida em: incontinência urinária por déficit cognitivo (onde um indivíduo com comprometimento cognitivo relata queixa da perda involuntária de urina); incontinência urinária por dificuldades de mobilidade (dificuldade em chegar a tempo ao vaso sanitário para a micção, devido incapacidade motora ou clínica); incontinência urinária da atividade sexual (relato individual de queixa durante ou associada à atividade sexual). Além dessas categorias, outros tipos situacionais de incontinência urinária podem existir, como por exemplo, incontinência do riso ou incontinência associada a crises epiléticas e denervação esfinteriana da cauda equina^{7,8}.

Como uma disfunção multifatorial, a IU pode ser manifestada mediante envelhecimento, impactação fecal, multiparidade, via de parto, prolapso genital, índice de massa corpórea elevada, diabetes, tabagismo, uso de álcool, menopausa, doenças do sistema nervoso central, uso contínuo

de medicamentos, restrição de mobilidade, distúrbios psíquicos, diminuição de tônus da região perineal, cirurgias prévias como a prostatectomia no caso dos homens e alguns exemplos como perineoplastia, histerectomia e bexiga hiperativa no caso de mulheres^{7,5,9}.

A ICS recomenda que as intervenções conservadoras, ou seja, as práticas fisioterapêuticas, sejam realizadas antes das intervenções cirúrgicas, uma vez que proporcionam uma melhora significativa em mais de 80% dos pacientes. Os principais recursos fisioterapêuticos incluem: educação e mudanças de hábitos comportamentais, treinamento vesical, biofeedback, eletroestimulação, utilização de instrumentos de reabilitação como os cones vaginais e o Treinamento da Musculatura do Assoalho Pélvico (TMAP) por meio da cinesioterapia e dos exercícios do assoalho pélvico. Sendo este último recomendado como tratamento de primeira linha, já que possui nível A de evidência científica³.

Além da eficácia comprovada do tratamento conservador perante a melhora dos pacientes, ele ainda é amplamente indicado em unidades de Atenção Primária de Saúde (APS), pois oferece um baixo risco de efeitos colaterais, não prejudica tratamentos subsequentes e tem menor custo financeiro, se comparado a tratamentos não-conservadores.³ Neste ambiente, a fisioterapia pode promover ações educativas, preventivas e promotoras de saúde com palestras, vídeos e folhetos sobre saúde da mulher; orientações sobre mudança de estilo de vida; processo do desenvolvimento, prevenção e tratamento da IU; atividades em grupo com exercícios específicos para região do assoalho pélvico; visitas domiciliares com orientação a cuidadores e familiares, e encaminhamento para os serviços de referência⁵.

A IU apresenta um importante impacto na Qualidade de Vida (QV) de quem a manifesta, gerando limitações físicas, aumentando o risco de quedas e fraturas (quando referido a IUU principalmente), e levando ao isolamento social, contribuindo para sintomas como ansiedade e depressão, além de hospitalizações e admissões em instituições de longa permanência.^{7,5} Por isso, não apenas o tratamento como também a prevenção é um tema importante a ser abordado. Podendo ser feita através de programas educacionais preventivos, como o TMAP, exercícios combinados, orientações à mudança de hábitos e acompanhamento adequado durante a gestação e trabalho de parto, evitando danos na musculatura pélvica e prevenindo questões como enfraquecimento muscular, frouxidão ligamentar, dentre outros fatores associados à IU⁷.

Atualmente, a qualidade de vida é vista como uma noção eminentemente humana, avaliada

mediante o grau de satisfação encontrado nos mais diversos campos da vida humana e abrangendo muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam, em variadas épocas, espaços e histórias diferentes.¹⁰ O conhecimento desses fatores é essencial para uma melhor assistência prestada à população. Sabe-se ainda que é na Atenção Primária em Saúde que podem ser empregadas estratégias com a finalidade de minimizar as complicações e os danos à saúde¹.

Entre as síndromes geriátricas mais recorrentes, a IU é considerada uma patologia de suma importância no âmbito geriátrico, pois gera consequências que atingem aspectos psicológicos e sociais, modificando a qualidade de vida, reduzindo a autoestima e limitando a autonomia do indivíduo. Conforme dito, a IU interfere negativamente na QV dos idosos, propiciando o isolamento social frente ao medo de urinar involuntariamente em locais públicos, o constrangimento e restringindo certas atividades, gerando um sentimento de baixa autoestima e interferindo nas relações pessoais e tarefas domésticas.

Diante do exposto, se faz necessário a implementação de políticas públicas que venham nortear e ajudar os idosos acometidos com IU, haja vista o seu comprometimento com a qualidade de vida. As evidências mostram que a IU desencadeia sentimentos de ansiedade, receio, preocupação, baixa autoestima e frustração, culminando com a autoexclusão do convívio social. Passando a se preocupar com a disponibilidade do banheiro, envergonhando-se com o odor de urina.

Mas esses sentimentos variaram de acordo com o tipo de incontinência e a percepção individual do problema. A incontinência urinária também favorece problemas econômicos para os idosos incontinentes, por implicar o consumo de materiais estratégicos de proteção, como fralda e absorventes¹².

Frente à inquietação sobre como a fisioterapia pode contribuir com a prevenção e a reabilitação da Incontinência Urinária na Atenção Primária à Saúde, esta pesquisa apresenta como objetivo principal analisar as políticas e práticas da reabilitação e da prevenção da Incontinência Urinária na atenção primária à saúde, tendo como objetivos específicos: identificar as principais políticas, diretrizes, consensos e recomendações de órgãos oficiais, conselhos de classe e associações de especialidades sobre a reabilitação da IU na Atenção Primária à Saúde e descrever experiências da reabilitação e da prevenção da incontinência urinária na atenção primária.

MÉTODO

O presente estudo consiste de uma Revisão Integrativa da Literatura,¹³ com análise quantitativa dos resultados. Um estudo quantitativo é um método de investigação que utiliza a quantificação para analisar padrões, tendências e relações numéricas numa determinada amostra. Já um estudo qualitativo é uma metodologia de investigação científica que se concentra em compreender aspectos mais subjetivos, como comportamentos, ideias e pontos de vista.¹⁴

A revisão integrativa é uma metodologia que proporciona a síntese do conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática. Envolvendo a definição do problema clínico, a identificação das informações necessárias, a condução da busca de estudos na literatura e sua avaliação crítica, a identificação da aplicabilidade dos dados oriundos das publicações e a determinação de sua utilização. Permitindo a inclusão de diversos métodos, que têm o potencial de desempenhar um importante papel na Prática Baseada em Evidências.¹³ É considerada a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado. Combina também dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um vasto leque de propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular, de acordo com Botelho, Cunha e Macedo (2011)¹⁵.

Após a identificação do tema e definição da questão norteadora do presente estudo, as pesquisas foram realizadas no período entre setembro de 2023 a julho de 2024, utilizando ferramentas de inteligência artificial, como “Consensus” e “Research Rabbit”, além das tradicionais plataformas de busca de artigos científicos como PubMed, Scielo e PEDro, incluindo documentos publicados no período de 2012 a 2024. As palavras-chave utilizadas foram: “políticas públicas; incontinência urinária; reabilitação; diretriz; atenção primária”, nos idiomas português (BR), português (PT) e inglês (EN). Foram incluídos artigos de revisão e estudos de caso, além de manuais e protocolos confeccionados por entidades de classe, associações de especialidades e órgãos de referência públicos e particulares. Foram excluídos os artigos que não mencionaram a fisioterapia como técnica de reabilitação.

O resultado da análise dos estudos em relação aos achados do estudo foi baseado na leitura,

posteriormente na categorização e finalmente na síntese descritiva das informações. A quantificação final desta revisão, segundo os critérios de inclusão previamente estabelecidos, está apresentada na forma do fluxograma a seguir.

Figura 1: Fluxograma síntese dos resultados do estudo.



RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir das pesquisas realizadas, foram achados diretrizes e manuais internacionais e nacionais sobre a Incontinência Urinária e seus principais protocolos e formas de manejo. Foram selecionadas oito publicações para posterior discussão no presente estudo. Essas publicações podem ser encontradas na tabela a seguir.

Tabela 1: Síntese das principais diretrizes e recomendações sobre incontinência urinária.

Autor/Ano	Título	Resultados/Recomendações	Considerações
International Urogynecology Journal (Holanda) 2013	Diretrizes holandesas para fisioterapia em pacientes com incontinência urinária de esforço: uma atualização	Apresentou tópicos para serem aplicados na prática clínica: Definição do problema; Processo de diagnóstico (tipo de incontinência, palpção, exame funcional, questionários, quantificação da perda de urina, queixas específicas, efeito global percebido, diário de micção); Processo terapêutico (informação e aconselhamento, melhoria da condição física geral, frequência e desempenho dos TMAP, contração seletiva dos MAP); Prevenção.	Podemos resumir as recomendações como tópicos de avaliação: definição do problema; processo de diagnóstico; processo terapêutico; e prevenção.
American College of Physicians (ACP) (Estados Unidos) 2014	Tratamento não-cirúrgico da Incontinência Urinária em mulheres: uma diretriz de prática clínica do American College of Physicians (ACP).	Recomendação 1: A ACP recomenda tratamento de primeira linha com treinamento muscular do assoalho pélvico em mulheres com IU de esforço. (Nota: recomendação forte, evidência de alta qualidade). Recomendação 2: A ACP recomenda treinamento vesical em mulheres com IU de urgência. (Nota: recomendação fraca, evidência de baixa qualidade). Recomendação 3: A ACP recomenda treinamento muscular do assoalho pélvico com treinamento vesical em mulheres com IU mista. (Nota: recomendação forte, evidência de alta qualidade). Recomendação 4: A ACP não recomenda o tratamento com terapia farmacológica sistêmica para IU de esforço. (Nota: recomendação forte,	As terapias não farmacológicas foram eficazes no manejo da IU, tiveram grande magnitude de benefício para aumentar taxas de continência e foram associadas a um baixo risco de efeitos adversos. Na IU de urgência, porém, as terapias farmacológicas foram igualmente eficazes às terapias não farmacológicas, obtendo um efeito de moderada magnitude na melhora da continência.

Canadian Urological Association Journal (Canadá) 2024	Diretriz da Associação Urológica Canadense de 2024: Incontinência Urinária de Esforço	<p>evidência de baixa qualidade).</p> <p>Recomendação 5: A ACP recomenda tratamento farmacológico em mulheres com IU de urgência se o treinamento vesical não tiver sucesso. (Nota: recomendação forte, evidência de alta qualidade).</p> <p>Recomendação 6: A ACP recomenda perda de peso e exercícios para mulheres obesas com IU. (Nota: recomendação forte, evidência de qualidade moderada).</p> <p>Recomendação 6: Mulheres com sobrepeso ou obesas com incontinência de esforço incômoda devem ser informadas de que a perda de peso pode melhorar seu grau de incontinência (forte recomendação, alta qualidade de evidência).</p> <p>Recomendação 7: As intervenções cirúrgicas para a incontinência de esforço devem ser adiadas em mulheres que consideram a cirurgia bariátrica (recomendação forte, qualidade de evidência moderada).</p> <p>Recomendação 8: A cessação do tabagismo deve ser recomendada a todos os pacientes como medida geral de saúde pública e pode reduzir a tosse crônica e a incontinência de esforço (princípio clínico).</p>	Esta diretriz possui um formato de perguntas e respostas, oferecendo respostas breves, acessíveis e práticas a perguntas comuns relacionadas à avaliação e manejo da IU de esforço.
National Institute for Health and Care Excellence (Inglaterra) 2022	Eletroestimulação transcutânea neuromuscular para incontinência urinária	Recomendação 1: As evidências sobre a segurança da estimulação elétrica neuromuscular transcutânea para a incontinência urinária não levantam grandes preocupações de segurança.	A presente diretriz relata a eficácia da eletroestimulação transcutânea neuromuscular para o tratamento da IU e apresenta boas recomendações sobre seu uso.
National Institute for Health and Care Excellence (Inglaterra) 2021	Lasertterapia transvaginal para incontinência urinária de esforço	Recomendação 1: As evidências sobre a terapia a laser transvaginal para incontinência urinária de esforço não mostram quaisquer preocupações de segurança a curto prazo. As evidências sobre segurança e eficácia a longo prazo são inadequadas em qualidade e quantidade. Portanto, este procedimento só deve ser utilizado no contexto da pesquisa	Esta diretriz apresenta o uso da lasertterapia transvaginal para IU de esforço e conduz evidências positivas sobre seu uso para um curto prazo, não sendo recomendada como terapia principal sem associação a outra e nem em contexto de reabilitação a longo prazo.
Sociedade Brasileira de Urologia 2012	Diretrizes para Incontinência Urinária	Recomendações 3: Diários miccionais deveriam ser utilizados na incontinência urinária para avaliar coexistência de disfunções de armazenamento e esvaziamento na prática clínica e pesquisa. Recomenda-se diário com duração de 3 a 7 dias	Os graus de recomendação objetivam deixar evidente o que deveria e não deveria ser realizado na prática clínica, não apenas descrevendo o que deve ser feito
Ministério da Saúde 2020	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Incontinência Urinária Não Neurogênica	Observa-se redução nos episódios de incontinência em mulheres com IUU que realizaram TMAP com biofeedback em comparação com TMAP com palpação digital, sem biofeedback. A qualidade de vida foi significativamente maior após TMAP com biofeedback. As orientações compreendem o diário miccional, orientações para dieta e ingestão hídrica, estratégias para o controle do desejo miccional, treinamento dos músculos do assoalho pélvico (com ou sem biofeedback) e estimulação elétrica.	Neste Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), será abordado o tratamento não cirúrgico de causas de IU não neurogênicas. Especificamente, Esse PCDT tratará da IU aos esforços e IU por urgência no adulto, para as quais serão abordadas, separadamente, o diagnóstico e o tratamento, considerando as diferentes condutas

Ministério da Saúde 2014	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PNAISM	A PNAISM tem como objetivo principal promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres em todas as fases do seu ciclo vital, garantindo os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, bem como os demais direitos legalmente constituídos; e ampliar o acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção e assistência da saúde integral da mulher em todo o território brasileiro, sem discriminação de qualquer espécie, resguardadas as identidades e especificidades de gênero, raça, etnia, geração, classe social, orientação sexual e mulheres com deficiência.	terapêuticas para homens e mulheres. Este documento é um instrumento que permitirá identificar os resultados das atividades das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde em relação aos objetivos gerais e específicos dessa Política e desse Plano, assim como contribuir para reflexões sobre a pertinência de manter ou modificar as estratégias inicialmente planejadas.
-----------------------------	--	--	--

Já a tabela 2 reuniu alguns dos artigos utilizados como base para a elaboração deste trabalho, e conta com nove publicações a partir de 2011 contendo informações sobre as principais formas de tratamento, prevenção, promoção e impactos causados pela IU, bem como a reabilitação fisioterapêutica e a sua inserção na Atenção Primária à Saúde.

Tabela 2: Síntese dos artigos selecionados sobre tratamento, promoção, prevenção e impactos da incontinência urinária.

Autor/Ano	Título	Resultados/Recomendações	Considerações
PREDA A. <i>et al.</i> 2019	Incontinência Urinária de Esforço e Disfunção Sexual Feminina: O Papel da Reabilitação do Pavimento Pélvico	Obteve associação à redução dos episódios de perda de urina e à melhoria da incontinência coital. Verificou-se uma melhoria nos escores de avaliação da função sexual após tratamento. A melhora da função sexual está associada à multiparidade, adesão ao tratamento, força de contração muscular e perda de urina.	Declara a importância da fisioterapia para o tratamento da IU e a função da fisioterapia também foi avaliada a qualidade de vida e a importância da prevenção e promoção de saúde com ênfase na educação em saúde, mas também na educação global.
TOMASI, A V. R. <i>et al.</i> 2017	Incontinência Urinária em idosas: práticas assistenciais e propostas de cuidado no âmbito da atenção primária de saúde.	Constatou-se o pouco conhecimento dos profissionais acerca da incontinência urinária, bem como a falta de informação em relação às possibilidades de orientações para o autocuidado a respeito dos sintomas urinários.	O artigo trata da falta de conhecimento por parte dos profissionais de saúde e por parte das idosas dos mesmos, destacando as estratégias de autocuidado e tratamento no campo multidisciplinar.
DE SOUSA FRANCELINO, B. L. B. <i>et al.</i> 2022	Incontinência Urinária e qualidade de vida em uma unidade de atenção primária: estudo piloto	A maioria das mulheres se autodeclarou, casada ou em união estável (52,8%), exercendo atividade ocupacional remunerada (64,2%); 35,8% das mulheres foram diagnosticadas como incontinentes, relatando perder urina uma vez por semana, quando tosse ou espirram, exercendo um	Declara a importância da fisioterapia para o tratamento da IU e destaca a importância da reabilitação e dos impactos que a fisioterapia pode ter no meio biopsicossocial.

impacto moderado na qualidade de vida.

TORELLI, A. P. M. E. 2023
Atuação da fisioterapia na Incontinência Urinária (IU) em mulheres na Atenção Primária à Saúde (APS): uma revisão integrativa

Obteve-se melhora na perda urinária, frequência e qualidade de vida. Independentemente das limitações, tamanho das amostras e características dos artigos, a atuação da fisioterapia no tratamento de IU na Atenção Básica ainda está em construção.

Deixa clara a importância da fisioterapia para o tratamento de IU na APS e suas características, além de apontar para o aperfeiçoamento do ambiente.

PEREIRA, E. G.; RIBEIRO, A. M. 2022
Atenção primária na prevenção da incontinência urinária feminina: revisão integrativa de literatura

A maioria dos estudos demonstra que o TMAP para mulheres com IU obteve resultados significativos. Programas educacionais preventivos, regimes moderados de exercícios físicos combinados, mudança de hábitos e manejo adequado durante a gestação e trabalho de parto, podem evitar danos nos MAP e, conseqüentemente, a IU.

Importante destacar a utilização do TMAP como recurso para a prevenção da IU.

SILVA, L. T. *et al.* 2019
O conhecimento de mulheres sobre incontinência urinária e a atuação da fisioterapia: revisão sistemática

De modo geral, os estudos utilizaram questionários direcionados à análise do conhecimento das participantes a respeito do tema descrito. Considera-se que o nível de conhecimento acerca da IU, de seus tratamentos e da fisioterapia pélvica em si é insatisfatório.

Estudo de revisão para avaliar o conhecimento das mulheres sobre incontinência urinária e a atuação da fisioterapia, visando melhorar a saúde.

FREITA, C. V. *et al.* 2020
Abordagem fisioterapêutica da incontinência urinária em idosos na atenção primária em saúde

Os domínios do King's Health Questionnaire com escores mais altos, e conseqüente pior QV, foram impactos da IU ($54,1 \pm 24,8$), percepção de saúde ($43,7 \pm 11,5$) e medidas de gravidade ($31,2 \pm 23,8$).

Nota-se a importância da abordagem direta entre a fisioterapia e a saúde, comprovando a eficácia da fisioterapia.

DU CHEN LIU *et al.* 2023
Efeito de diferentes intervenções na eficácia da incontinência urinária pós-parto na China: Uma revisão sistemática e meta-análise de rede

Os resultados revelaram que a terapia mais eficaz para incontinência urinária de esforço pós-parto foi a acupressão + treino dos músculos do pavimento pélvico (94,6%). Em seguida, as melhores intervenções classificadas foram: eletroacupuntura + moxabustão (79,1%), treinamento muscular do assoalho pélvico + acupuntura (64,3%), treinamento muscular do assoalho pélvico + estimulação elétrica do assoalho pélvico (60,3%), estimulação elétrica de biofeedback + acupuntura (60,0%).

Importante destacar a eficácia da terapia tradicional chinesa presente nos resultados relevantes.

DUMOULIN, C. *et al.* 2018
Treinamento dos músculos do assoalho pélvico versus nenhum tratamento ou tratamentos de controle inativos para incontinência urinária em mulheres

Houve uma variação considerável no conteúdo e duração da intervenção, populações do estudo e medidas de resultados. Houve apenas um estudo de mulheres com MUI e apenas um estudo com UUI sozinha, sem dados sobre cura, cura ou melhora, ou número de episódios de UI para esses subgrupos.

Avaliar o efeito do treinamento dos músculos do assoalho pélvico versus nenhum tratamento ou outros tratamentos inativos; e a descoberta de benefícios econômicos.

A partir da análise de todo o material selecionado por meio da revisão integrativa, foram definidas três categorias para apresentação das principais evidências quanto à prevenção, reabilitação e promoção de saúde, em relação a Incontinência Urinária, com enfoque na Atenção Primária de Saúde: 1) Principais Recomendações relacionadas ao cuidado com a Incontinência Urinária; 2) Cuidados com a IU na Atenção Primária à Saúde; e 3) Experiências da Fisioterapia na Reabilitação da Incontinência Urinária na Atenção Primária à Saúde.

Principais recomendações relacionadas ao cuidado com a Incontinência Urinária

As políticas, diretrizes, consensos e recomendações sobre o manejo da IU enfatizam a importância de uma abordagem conservadora inicial, com foco em fisioterapia e reabilitação do assoalho pélvico. A prática baseada em evidências, aliada à personalização do tratamento e à interdisciplinaridade, é fundamental para alcançar resultados positivos e melhorar a qualidade de vida dos pacientes⁹.

Como tal, o fisioterapeuta desempenha um papel essencial no manejo da IU, sendo fundamental que esteja atualizado com as melhores práticas e diretrizes disponíveis.¹⁶ Além disso, o manejo da incontinência envolve uma abordagem multidisciplinar e personalizada, que busca a reabilitação do assoalho pélvico, a modificação de comportamentos e a adoção de estratégias para melhorar o controle urinário¹⁷.

Diversas organizações de saúde têm publicado diretrizes sobre o manejo da IU e oferecido recomendações para dar base ao tratamento fisioterapêutico. O consenso entre especialistas em fisioterapia e saúde pélvica é que a reabilitação do assoalho pélvico é um componente necessário do manejo da IU. Existem várias técnicas recomendadas, como os exercícios do assoalho pélvico, biofeedback e eletroestimulação, todas com níveis variados de evidência científica. A Universidade Americana de Medicina¹⁷ recomendou, como tratamento de primeira linha, o treinamento muscular do assoalho pélvico (TMAP) em mulheres com IU, por exemplo.⁵ E a mesma discorreu sobre o uso farmacológico e não farmacológico para a disfunção, obtendo resultados positivos utilizando fármacos apenas em casos de IU de urgência, não surtindo efeito nas demais formas de incontinência urinária. Sobre a avaliação, a Revista Internacional de Uroginecologia publicou uma diretriz holandesa, trazendo de forma didática, tópicos para serem aplicados na prática clínica¹⁸. São eles:

1. Definição do problema (identificação de fatores etiológicos);
2. Processo de diagnóstico (determinar o tipo de incontinência, palpação, exame funcional, questionários, quantificação da perda de urina, queixas específicas, efeito global percebido, diário de micção);
3. Processo terapêutico (informação e aconselhamento, melhoria da condição física geral, frequência e desempenho dos TMAP, contração seletiva dos MAP);
4. Prevenção.

A Associação Canadense de Urologia publicou também uma diretriz com ênfase na avaliação e manejo da IU, trazendo a importância da cessação do tabagismo e da manutenção do peso corporal para uma melhor eficácia no tratamento.⁴ Já a Sociedade Brasileira de Urologia contribuiu para uma avaliação clínica e física de forma mais detalhada, citando uma história clínica que incluía: tipo de incontinência, duração e intensidade, sintomas urinários associados, história obstétrica e ginecológica, comorbidades e medicações em uso; e um exame físico que incluía: exame abdominal para detectar aumento de volume vesical ou massas abdominais/pélvicas, exame perineal, exame digital da vagina ou reto, avaliar situação estrogênica da mulher e avaliar contração voluntária dos músculos do assoalho pélvico.¹⁹ Através dessas diretrizes podemos seguir um plano avaliativo bem consolidado para realizar o melhor atendimento possível.

O Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Cuidados,^{20,21} recomendou sobre o uso da eletroestimulação transcutânea neuromuscular para incontinência urinária e trouxe que as evidências sobre a segurança da estimulação elétrica neuromuscular transcutânea para a IU não levantam grandes preocupações. O mesmo Instituto trouxe em 2021, recomendações sobre a laserterapia transvaginal para IUE e evidenciou que a laserterapia não mostra quaisquer preocupações de segurança a curto prazo. Porém, este procedimento só deve ser utilizado no âmbito da pesquisa, já que as evidências sobre segurança e eficácia a longo prazo são inadequadas em qualidade e quantidade.

Um adendo importante a ser feito, é sobre a importância do diário miccional. A Sociedade Brasileira de Urologia afirmou também que os diários miccionais deveriam ser utilizados na incontinência urinária para avaliar coexistência de disfunções de armazenamento e esvaziamento na prática clínica e pesquisa. Recomenda-se diário com duração de 3 a 7 dias.¹⁹ O Ministério da Saúde

também realçou a importância do mesmo, afirmando que é um método bastante simples e útil na avaliação inicial. O diário permite a avaliação do número de micções, número de episódios de IU e o volume de líquido ingerido e eliminado em 24 horas. A medida do volume urinado por micção pode ser usada para ajudar no diagnóstico, como por exemplo, bexiga hiperativa ou poliúria. O diário também pode ser usado para monitorar a resposta e eficácia de tratamento, além de ser amplamente utilizado em ensaios clínicos e exercer um papel terapêutico, pois fornece ao paciente uma visão do comportamento da bexiga.²³

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), através da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PNAISM,²⁴ inclui o manejo da IU como parte integrante dos cuidados de saúde da mulher, enfatizando a prevenção, o diagnóstico precoce e o tratamento da IU, com foco em abordagens não invasivas, como a fisioterapia, e a capacitação dos profissionais de saúde na identificação e tratamento adequado da condição¹⁶.

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) têm sido cada vez mais valorizadas no contexto da reabilitação, especialmente na atenção primária, onde visam oferecer abordagens alternativas e complementares aos tratamentos convencionais.²⁹ A acupuntura, em particular, apresenta-se como uma técnica promissora no tratamento da incontinência urinária, pois atua na modulação do sistema nervoso autônomo, favorecendo o controle da função vesical e promovendo o fortalecimento do assoalho pélvico. Estudos indicam que a aplicação de acupuntura em pontos específicos do corpo pode estimular o fluxo de energia e equilibrar as funções dos órgãos envolvidos na micção, o que pode contribuir para uma melhor resposta do paciente ao tratamento.²⁶ Além disso, a acupuntura tem mostrado benefícios no alívio de sintomas psicológicos, como ansiedade e estresse, frequentemente associados à incontinência urinária, o que contribui para um tratamento mais holístico e centrado no paciente. Assim, as PICS, especialmente a acupuntura, podem ser integradas ao protocolo de reabilitação fisioterapêutica, promovendo uma abordagem complementar que visa não apenas o alívio dos sintomas, mas também a melhora da qualidade de vida e o bem-estar geral dos pacientes.

Estratégias são necessárias para aproximar o cuidado dos usuários do sistema de saúde na perspectiva de recuperar e manter o controle urinário, reconhecendo seus fatores de risco e predisposição. Para isso, é importante continuar avançando no âmbito da pesquisa e prática clínica da incontinência urinária em seu contexto coletivo.

Cuidados com a IU na Atenção Primária à Saúde

Quando se trata do acesso da população aos serviços de saúde, a atenção básica tem sido pensada, tanto como a porta de entrada do sistema, como o primeiro nível de contato da população com o mesmo, aquele mais próximo às famílias e à comunidade. A Atenção Primária à Saúde (APS) que coordena os fluxos dos usuários entre os vários serviços, buscando garantir maior equidade ao acesso e à efetiva utilização das demais tecnologias e propostas do sistema, para responder às necessidades de saúde da população²⁵.

No Brasil, foi com o movimento da reforma sanitária, que desembocou na criação do SUS, em particular a partir do final dos anos 1980, quando os municípios assumiram progressivamente a prestação de cuidados básicos para seus cidadãos, que as ações de atenção realizadas e ofertadas por estas unidades, progressivamente denominadas de unidades básicas de saúde (UBS), ganharam complexidade, pela ampliação do atendimento médico nas três grandes especialidades (clínica, pediatria e ginecologia), mantidas todas as outras atividades de saúde pública. É um período em que vários desenhos de atenção básica são experimentados, distinguindo-se entre si pelo maior ou menor desenvolvimento do atendimento médico não agendado, pelo grau de incorporação da atenção odontológica e de outros profissionais de saúde, como o fisioterapeuta²⁵.

A Atenção Primária à Saúde se caracteriza como porta de entrada preferencial do SUS e como locus privilegiado de gestão do cuidado dos usuários, cumprindo papel estratégico nas redes de atenção e servindo como base para seu ordenamento e para a efetividade da integralidade. Para isso, é necessário que a ela tenha alta resolutividade, o que depende da capacidade clínica e do cuidado de suas equipes, do grau de incorporação de tecnologias (diagnósticas e terapêuticas) e da articulação da Atenção Básica com outros pontos da rede de saúde³.

A APS desempenha um papel importante na identificação precoce da incontinência urinária. Muitas vezes, os pacientes não relatam sintomas devido ao constrangimento ou à percepção de que a IU é uma consequência inevitável do envelhecimento. Portanto, cabe aos profissionais de saúde, incluindo fisioterapeutas, a realizarem uma triagem ativa, utilizando questionários e abordagens direcionadas para identificar pacientes em potencial risco. O diagnóstico inicial na APS deve incluir a coleta de uma história clínica detalhada, avaliação dos sintomas e, se necessário, exames físicos. Exames complementares podem ser solicitados, mas, na maioria das vezes, o diagnóstico pode ser feito com base na anamnese e no exame clínico²⁶.

Quando se analisa o modelo de regulação assistencial para as condições crônicas não agudizadas é importante conhecer e aplicar os modelos de atenção a essas condições, construídos com base em evidências científicas e rigorosamente avaliados. Dentre os modelos principais, destacam-se o modelo de atenção crônica (Chronic Care Model – CCM) e o Modelo da Pirâmide de Risco (MPR)²⁷.

O CCM foi desenvolvido nos Estados Unidos, em 1988 pelo MacColl Institute for Healthcare Innovation e compõe-se de seis elementos, subdivididos em dois grandes campos: o sistema de atenção à saúde e a comunidade. No sistema de atenção à saúde, as mudanças devem ser feitas na organização da atenção à saúde, no desenho do sistema de prestação de serviços, no suporte às decisões, nos sistemas de informação clínica e no autocuidado apoiado. Na comunidade, as mudanças estão centradas na articulação dos serviços de saúde com os recursos da comunidade. Esses seis elementos apresentam interrelações que permitem desenvolver pessoas usuárias informadas e ativas, além de uma equipe de saúde preparada e proativa para produzir melhores resultados sanitários e funcionais para a população²⁷.

Outro modelo importante para a organização da regulação assistencial das condições crônicas não agudizadas é o MPR, desenvolvido originariamente pelos Estados Unidos e aplicado, posteriormente, em vários países. Esse modelo é fundamental para operacionalizar a estratificação de riscos das condições crônicas não agudizadas²⁷.

O MPR se assenta, fortemente, na estratificação dos riscos da população o que, por sua vez, define as estratégias de intervenção em autocuidado e em cuidado profissional. O cuidado profissional, em função dos riscos, define a tecnologia de gestão da clínica a ser utilizada. O MPR é dividido em 3 níveis de complexidade que definem composições relativas entre os cuidados da APS e da atenção especializada, e dos cuidados de generalistas e de especialistas. Além disso, têm influências na definição das coberturas de atendimentos pelos profissionais porque à medida que a complexidade aumenta há uma maior concentração de cuidados profissionais especializados. Por exemplo, no nível 1, o cuidado é provido, em geral, por profissionais da APS, seja como apoiadores ao autocuidado, seja como provedores de cuidados profissionais. Nos níveis 2 e 3, há a presença de profissionais especializados que atuam coordenadamente com os profissionais da APS. No nível 3, há uma presença relativa forte de cuidados profissionais, coordenados por um gestor de caso²⁷.

O tratamento da incontinência urinária na APS envolve uma abordagem multidisciplinar, onde

o fisioterapeuta tem um papel de destaque, especialmente no que diz respeito ao tratamento conservador. As principais intervenções incluem a terapia comportamental, que envolve o treinamento da bexiga e mudanças no estilo de vida, como orientações sobre perda de peso, redução do consumo de cafeína e álcool, e evitar a ingestão excessiva de líquidos.⁴ Os exercícios do assoalho pélvico, também conhecidos como exercícios do assoalho pélvico, são eficazes para fortalecer os músculos do assoalho pélvico, fundamentais no controle da micção. O fisioterapeuta pode orientar e supervisionar esses exercícios, adaptando-os às necessidades individuais dos pacientes. O biofeedback pode ser utilizado para auxiliar os pacientes a identificarem e controlarem os músculos corretos durante os exercícios. Em alguns casos, a eletroestimulação dos músculos do assoalho pélvico pode ser indicada para ajudar a fortalecê-los, especialmente em pacientes que têm dificuldade em realizar os exercícios de forma eficaz.²⁰ A reeducação vesical é outra estratégia importante, visando ensinar o paciente a retomar o controle sobre a bexiga, gradualmente aumentando o intervalo entre as micções. Além disso, terapias complementares, como a acupuntura, podem ser exploradas em alguns casos, embora sejam necessárias mais evidências para sua recomendação ampla²⁸.

Apesar das várias opções de tratamento disponíveis na APS, a adesão ao tratamento ainda é um desafio. A incontinência urinária pode ser uma condição estigmatizada, e muitos pacientes podem não seguir as orientações devido à vergonha ou à subestimação da condição. Portanto, os profissionais de saúde na APS, incluindo fisioterapeutas, devem abordar o tema de forma sensível e apoiar os pacientes em todas as etapas do tratamento. Outro desafio é a necessidade de formação continuada dos profissionais de saúde na APS sobre as melhores práticas para o manejo da IU, garantindo que estejam atualizados com as diretrizes mais recentes e as novas abordagens terapêuticas¹⁶.

A prevenção da incontinência urinária na APS é relevante e pode ser abordada de várias maneiras. A educação em saúde, informando a população sobre os fatores de risco para a IU, como obesidade, tabagismo e histórico familiar, é importante para a prevenção. A promoção de um estilo de vida saudável, incluindo a prática regular de exercícios físicos e a manutenção de um peso adequado, pode prevenir o desenvolvimento de IU.⁴ A orientação sobre os exercícios do assoalho pélvico não deve ser limitada apenas a quem já apresenta sintomas de IU. Mulheres grávidas, por exemplo, podem se beneficiar de treinamentos preventivos, o que pode reduzir o risco de desenvolver IU no pós-parto. Identificar e tratar precocemente condições que possam levar à IU, como infecções

do trato urinário ou constipação crônica, também é essencial para a prevenção de complicações²⁹.

A promoção da saúde no contexto da IU envolve capacitar os indivíduos para adotar comportamentos que previnam ou minimizem os sintomas da incontinência. O público-alvo inclui mulheres no período pós-parto, idosos, pessoas com doenças crônicas que aumentam o risco de IU (como diabetes) e homens após cirurgia prostática. Programas de educação em grupos, facilitados por fisioterapeutas, podem promover a discussão e troca de experiências entre os pacientes, abordando tópicos como autocuidado, técnicas de manejo da IU e exercícios domiciliares.²⁹ O atendimento individualizado também é fundamental, permitindo a personalização das intervenções de acordo com as necessidades e condições específicas de cada paciente. Além disso, campanhas de conscientização sobre a IU, suas causas e as opções de tratamento disponíveis podem aumentar a conscientização sobre a condição e incentivar os indivíduos a buscarem ajuda precoce, prevenindo complicações futuras²⁹.

As políticas públicas de saúde no Brasil, como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) e a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), estabelecem diretrizes fundamentais para a prevenção e reabilitação da incontinência urinária.³⁰ Essas políticas promovem um cuidado integral e acessível, visando tanto o tratamento quanto a prevenção, especialmente para grupos de risco, como idosos e mulheres no pós-parto. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) facilita a identificação precoce de casos e o acompanhamento contínuo, integrando fisioterapeutas, enfermeiros e outros profissionais capacitados, que trabalham em conjunto para aplicar práticas preventivas, como o fortalecimento do assoalho pélvico.

Além disso, a PNPIC oferece opções de tratamento complementares, como a acupuntura, ampliando o acesso a métodos holísticos de cuidado. Essa atuação multiprofissional e preventiva dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) fortalece a rede de assistência e contribui para uma abordagem inclusiva, voltada ao bem-estar e à qualidade de vida dos pacientes com incontinência urinária, assegurando-lhes uma atenção integral e humanizada³¹.

Em conclusão, a atenção à incontinência urinária na APS requer uma abordagem integrada que combine diagnóstico precoce, tratamento eficaz e prevenção ativa. A fisioterapia desempenha um papel fundamental nesse contexto, especialmente no tratamento conservador, oferecendo aos pacientes uma melhora significativa na qualidade de vida e na gestão de sintomas⁷.

Desafios para abordagem na reabilitação da Incontinência Urinária na Atenção Primária à Saúde

A reabilitação da Incontinência Urinária na APS envolve a utilização de técnicas fisioterapêuticas para fortalecer a musculatura pélvica, melhorar o controle urinário e, conseqüentemente, reduzir ou eliminar os episódios de incontinência.³ As principais intervenções incluem os exercícios do assoalho pélvico, que são específicos para fortalecer os músculos do assoalho pélvico, sendo a base da reabilitação fisioterapêutica para a IU.¹⁷ Estes exercícios podem ser ensinados e supervisionados por fisioterapeutas na APS, sendo eficazes tanto na prevenção quanto no tratamento da IU, especialmente em mulheres pós-parto e naquelas que apresentam sintomas de leves a moderados.²⁹ Além disso, técnicas como biofeedback, eletroestimulação, treinamento da bexiga, educação postural e respiração também são utilizadas para melhorar o tônus muscular e o controle da micção, reduzindo a pressão intra-abdominal e prevenindo o agravamento da IU¹⁷.

A fisioterapia na APS tem um papel fundamental na reabilitação, prevenção e promoção da saúde em relação à incontinência urinária. Através de abordagens individualizadas e coletivas, podem ajudar a reduzir a prevalência da IU, melhorar a qualidade de vida dos pacientes e promover a conscientização sobre a importância do cuidado com o assoalho pélvico. O sucesso dessas intervenções depende de uma abordagem multidisciplinar e do engajamento ativo dos pacientes, o que reforça a importância do trabalho colaborativo na APS²³.

Embora a fisioterapia tenha grande potencial para tratar a IU na APS, ainda existem desafios que limitam a implementação e o alcance dessas intervenções, como o desconhecimento da população, limitando a busca das pessoas por ajuda especializada; a capacitação dos profissionais, o que pode comprometer a qualidade do atendimento; e a infraestrutura limitada, já que alguns serviços de APS podem não contar com recursos adequados, como dispositivos de biofeedback ou eletroestimulação^{5,3}.

A reabilitação da IU é uma área que frequentemente demanda a colaboração entre diferentes profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros e nutricionistas. O fisioterapeuta na APS desempenha um papel de articulação, encaminhando o paciente para outros serviços quando necessário e garantindo um cuidado integral. Essa abordagem aumenta a adesão ao tratamento e melhora os desfechos clínicos²⁹.

Em uma pesquisa bibliográfica sobre a atuação da fisioterapia na APS, foi realizado um levantamento de como seria seu funcionamento. Obteve-se como resultado, que a maior parte da atuação do fisioterapeuta seria na educação em saúde, nas atividades domiciliares e nas atividades em grupo.

Os atendimentos individuais, as atuações intersetoriais, atuações acadêmicas, investigações epidemiológicas e atividades interdisciplinares, corresponderam a uma minoria dos artigos avaliados dentro desse levantamento²⁹. O que nos mostra uma gama de possibilidades a serem exploradas ainda no âmbito da fisioterapia na atenção básica à saúde.

CONCLUSÃO

Analisando as políticas e práticas da reabilitação e da prevenção da Incontinência Urinária na Atenção Primária à Saúde e as principais características da abordagem fisioterapêutica, podemos observar a relevância que a fisioterapia tem na prevenção e na reabilitação da incontinência urinária, contribuindo para o fortalecimento e coordenação dos músculos do assoalho pélvico, redução de sintomas, aumento da autoconfiança e da autoestima, impactando positivamente na qualidade de vida, além de reduzir a necessidade de intervenções cirúrgicas ou farmacológicas.

A partir das informações levantadas e analisadas no estudo, a contribuição da fisioterapia frente à condição da incontinência urinária no nível primário de atenção à saúde, principalmente para o público idoso feminino, ficou evidente reforçando que a APS permite um acompanhamento mais próximo e contínuo, o que favorece a adesão e o sucesso terapêutico.

A expansibilidade da fisioterapia neste nível de atenção do sistema de saúde, também se torna importante, para além do tratamento da incontinência urinária, mas também para o desenvolvimento de ações de educação em saúde relacionadas à mesma, além da promoção geral da saúde e da qualidade de vida.

Com isso, sugere-se que o desenvolvimento de mais pesquisas na área, juntamente com propostas de intervenções multiprofissionais, articuladas com os demais níveis de atenção à saúde, obtendo-se novas formas de manejo da incontinência urinária, além de contribuir com o desenvolvimento e aprimoramento das técnicas e dos protocolos já existentes.

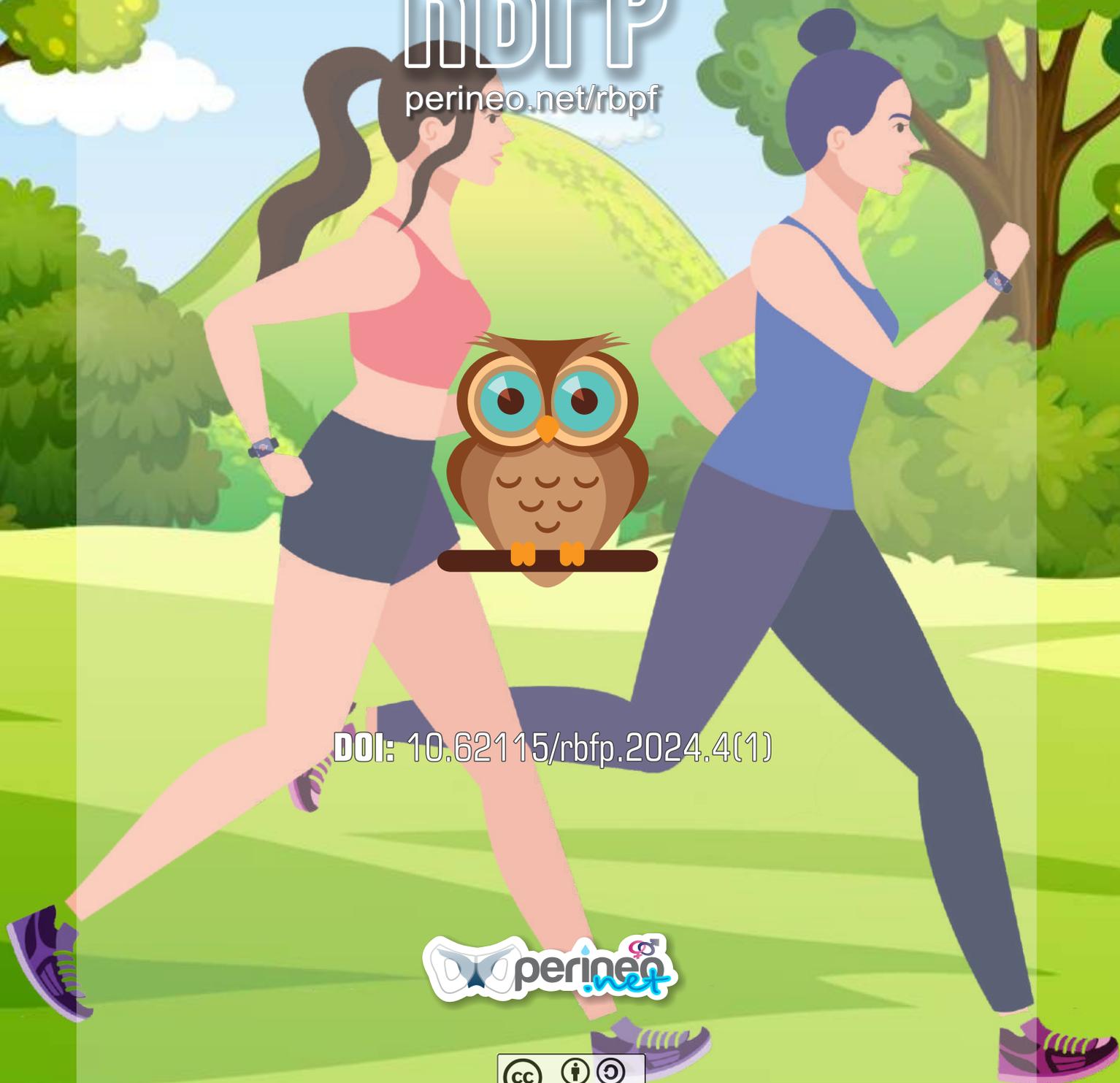
REFERÊNCIAS

1. Fernandes A, *et al.* Relatório da Sociedade Internacional de Continência sobre a terminologia para Disfunção Neurogênica do Trato Urinário Inferior em Adultos (DNTUIA) Adaptação em português do report on the terminology for adult neurogenic lower urinary tract dysfunction da International Continence Society.
2. Paiva LL, *et al.* Prevalência de incontinência urinária em idosos no brasil nos últimos 10 anos: uma revisão sistemática. Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento. 2019 Oct 28; 24.
3. Malinauskas AP, *et al.* Atuação da fisioterapia na incontinência urinária em mulheres na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. Rev baiana saúde pública.
4. Carlson K, *et al.* 2024 Canadian Urological Association guideline: Female stress urinary incontinence. Canadian Urological Association journal. 2024 Mar 26;18(4):83–102.
5. Gomes Pereira E, *et al.* Atenção primária na prevenção da incontinência urinária feminina: revisão integrativa de literatura. Revista Brasileira de Saúde Funcional. 2022 May 26;10(1).
6. Nagamine R, *et al.* Breve análise da nova projeção da população do ibge e seus impactos previdenciários.
7. Freitas CV, *et al.* Abordagem fisioterapêutica da incontinência urinária em idosos na atenção primária em saúde. Fisioterapia e Pesquisa. 2020 Jul;27(3):264–70.
8. Barroso L, *et al.* Incontinência Urinária e Qualidade de Vida em uma Unidade de Atenção Primária: Estudo Piloto.
9. Oliveira FFF, *et al.* Sexualidade na longevidade e sua significação em qualidade de vida. Revista Brasileira de Sexualidade Humana. 2018 Dec 31;29(1):103–9.
10. Messias de Alencar-Cruz J, *et al.* O impacto da incontinência urinária sobre a qualidade de vida e sua relação com a sintomatologia depressiva e ansiedade em mulheres. Revista de Salud Pública. 2019 Jul 1;21(4):1–6.
11. Vista do The Urinary Incontinence Repercussions Towards the Elderly's Life Quality / As Repercussões Causadas pela Incontinência Urinária na Qualidade de Vida do Idoso. Unirio.br. 2024.
12. Souza MT, *et al.* Integrative Review: What Is It? How to Do It? Einstein (São Paulo). 2010 Mar;8(1):102–6.
13. Machado J. Metodologias de pesquisa: um diálogo quantitativo, qualitativo e quali-quantitativo. Devir Educação. 2023 Jul 30;7(1).
14. Botelho LLR, *et al.* O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. Gestão e Sociedade. 2011 Dec 2;5(11):121.
15. Tomasi AVR, *et al.* Urinary incontinence in elderly people: care practices and care proposal in primary health care. Texto & Contexto - Enfermagem. 2017;26(2).

16. Gaseem A, *et al.* Nonsurgical Management of Urinary Incontinence in Women: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*. 2014 Sep 16;161(6):429.
17. Bernards ATM, *et al.* Dutch guidelines for physiotherapy in patients with stress urinary incontinence: an update. *International Urogynecology Journal*. 2013 Oct 1;25(2):171–9.
18. Lucas M, *et al.* Diretrizes para incontinência urinária (Atualização completa em fevereiro de 2012).
19. Transcutaneous electrical neuromuscular stimulation for urinary incontinence *Interventional procedures guidance Your responsibility*. 2022.
20. Transvaginal laser therapy for stress urinary incontinence *Interventional procedures guidance 1 Recommendations 1.1*. 2021.
21. Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral xxx congresso nacional de secretarias municipais de saúde.
22. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da incontinência urinária não neurogênica ministério da saúde Brasília -df 2020.
23. PNAISM monitoramento e acompanhamento da política nacional de atenção integral à saúde da mulher e do plano nacional de políticas para as mulheres PNPM.
24. Oliveira CL, *et al.* A atenção básica à saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel?
25. Mendes E. A construção social da atenção primária à saúde (texto disponível pelas autoras: solicite cópia).
26. Liu DC, *et al.* Effect of different interventions on the efficacy of postpartum urinary incontinence in China: A systematic review and network meta-analysis. 2023 Oct 6;102(40):e35473–3.
27. Dumoulin C, *et al.* Pelvic Floor Muscle Training versus No treatment, or Inactive Control treatments, for Urinary Incontinence in Women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018 Oct 4;10(10).
28. Vista da Atuação do fisioterapeuta na Atenção Básica à Saúde: uma revisão da literatura brasileira. *Uff.br*. 2022.
29. Universidade federal de minas gerais curso de especialização em atenção básica em saúde da família Davidson Gonzaga Tonelli saúde do idoso: abordagem terapêutica por meio de práticas integrativas e complementares lagoa santa-minas gerais 2013.
30. Oliveira D, Eliane R, De C, Luiz A, De C, Cecílio O. Módulo Político Gestor Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde.
31. Políticas e sistema de saúde no Brasil. *Google Livros*. 2024.

RBFP

perineo.net/rbfp



DOI: 10.62115/rbfp.2024.4(1)

